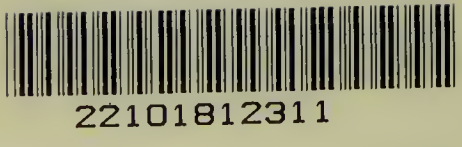
M19639


22101812311

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b2039133x

DIE

MASSAGE

IN DER

GYNÄKOLOGIE

VON

Dr. SEIFFART
ARZT IN NORDHAUSEN.

STUTTGART.
VERLAG VON FERDINAND ENKE.
1888.

M19639

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. wellMOmec
Call No WP100
1899
S45m

Druck von Gebrüder Kröner in Stuttgart.

Seitdem die Massage anfing, sich unter den Aerzten und dem gebildeten Theil des leidenden Publikums Freunde zu erringen, konnte es natürlich nicht ausbleiben, dass eine grosse Anzahl von Lehrbüchern und anderen Veröffentlichungen es sich zur Aufgabe machten, die Welt über diese Heilmethode zu unterrichten. Haben dieselben auch dadurch, dass sie der Massage viele Anhänger zuführten, grossen Segen gebracht, so stifteten sie auf der anderen Seite auch viel Unheil, weil sie meist über die Fragen, »wann, wo und wie« man massiren solle, rasch hinweggingen, oder aber weil sie die angegebenen Technicismen als sehr leicht zu fassen und auszuführen darstellten. Die Folge davon war, dass man annahm, man dürfe die Ausführung der Massage ruhig Wärtern oder sonstigem nicht medizinisch gebildeten Personal anvertrauen — »dies müsse sogar in allen den Fällen geschehen, wo weibliches Zartgefühl zu schonen sei!«

Hierdurch — und weil schon lange »Streichfrauen« im Volke ihr Unwesen treiben — kommt es, dass die ganze Massagebehandlung in Misscredit gerathen ist, und viele Aerzte, welche auf ihren Arzeneischatz schwören, erwarten von einer Jodkaliumsalbe mehr, als von einer methodisch durchgeführten Massagekur.

Wenn trotz alledem die Massagebehandlung eine immer grössere Anzahl von Freunden sich erwirbt, so ist das nur dem Umstand zuzuschreiben, dass die Erfolge, welche sie zeitigt, nicht wegzuleugnen sind — und es ist zu hoffen, dass je mehr die Kenntniss der für die Massagebehandlung nöthigen Techni-

cismen sich verbreitet, ihre Resultate in gleichem Masse sich steigern werden.

Es gibt wohl kaum ein Gebiet der Medizin, in welchem die Massage nicht angewendet wäre, und fortwährend mehren sich die Beweise, dass diese Behandlungsmethode nie schaden, dagegen aber fast stets nützen kann.

Auch in der Gynäkologie hat die Massage schon viele Erfolge gezeitigt, seitdem Laisné und Phélippeaux sie zuerst empfahlen. Leider sind die Stimmen aller derer, welche sich mit ihr beschäftigten, nur allzurasch verklungen — fanden sie doch nur äusserst selten einen Widerhall.

Woher es kommt, dass die grosse Menge der praktischen Aerzte sich nicht mit der gynäkologischen Massage beschäftigen mag resp. kann, das ist nicht schwer zu sagen. Die erste Bedingung für einen Masseur ist die Stellung einer präzisen Diagnose — dies kann aber nur erreicht werden durch grosse Uebung in gynäkologischen Untersuchungen. Wer erst die Sonde gebrauchen muss, um eine Anteflexio von einer Retroflexio uteri zu unterscheiden, der soll seine Hände von der gynäkologischen Massage lassen. Ich möchte hier die Worte B. S. Schultze's citiren, welche dieser berühmte Gynäkologe der Profanter'schen Arbeit, die ich in der Folge des öfteren erwähnen werde, vorausschickt. Sie lauten:

». . . . Das Eine will ich gleich hier von vorne herein, um Missverständnissen vorzubeugen, als wichtig hervorheben, dass die Massagebehandlung der weiblichen Beckenorgane, wenn sie sichere Erfolge bringen soll, eine sehr genaue Palpationsdiagnose voraussetzt, eine viel genauere, weit mehr ins Einzelne gehende Diagnose des Beckenbefundes, als zu vielen anderen üblichen Behandlungsmethoden derselben Leiden erforderlich ist.«

Als zweiten Grund dafür, dass der praktische Arzt sich nicht mit derartigen Dingen beschäftigt, könnte man angeben: Er hat keine Zeit hierfür. Und das wird bei einem vielbeschäftigten Arzt auf dem Lande wohl der Fall sein — sonst aber wohl kaum. —

Als vor ungefähr einem Menschenalter der schwedische

Major Thure Brandt die Massage bei Frauenkrankheiten in ausgedehntem Masse anzuwenden begann, erhob sich ein Sturm des Unwillens gegen ihn, den Laien, zumal Brandt sich erdreistete, grosse Erfolge zu haben. Vor allen Dingen sprach man ihm die Fähigkeit ab, vermöge einer genauen Untersuchung eine präcise Diagnose zu stellen; man konnte es sich ja gar nicht denken, dass auch ein Laie es durch viele Uebung und gewissenhaftes Studium so weit und sogar noch viel weiter bringen könnte, als viele Aerzte. Professor Malmsten nannte die Massage geradezu einen »ungebührlichen Eingriff in die Geschlechtssphäre des Weibes«.

Damit war Brandt abgeurtheilt und seine reichen Erfahrungen und ausgebildeten Technicismen, welche er in seinem ersten Werk: »Die Bewegungskur als Heilmittel gegen weibliche sogenannte Unterleibsleiden und Prolapsen« niedergelegt und beschrieben hatte, geriethen in Vergessenheit — das ungünstige Urtheil Malmsten's durchwanderte fast alle, seit jener Zeit erschienenen gynäkologischen Werke, nur dass der eine Autor mehr, der andere weniger schroff über Brandt und seine Bestrebungen urtheilt.

Auch ein in allerneuester Zeit erschienenes Lehrbuch der Massage: Reibmayr, »Die Massage und ihre Verwerthung in den verschiedenen Disciplinen der Medizin« kritisirt Brandt's Beckenmassage höchst ungünstig. Reibmayr hat von den Brandt'schen Maximen keine Ahnung, das merkt man aus den zahlreichen Irrthümern, die ihm unterlaufen. Einige derselben möchte ich berichtigen, damit dieselben nicht wieder und immer wieder kolportirt werden.

Dass es Brandt, trotzdem er nur ein Laie ist, gelingt, auch sehr schwierige gynäkologische Diagnosen zu stellen und einen bis ins kleinste Detail genauen Untersuchungsbefund zu erheben, hat schon B. S. Schultze in seiner Vorrede zu der Profanter'schen Arbeit: «Die Massage in der Gynäkologie«, bestätigt. Das Wort dieses berühmten Gynäkologen wird auch wohl jeden Zweifler verstummen lassen. Etwas Anderes aber ist es mit dem Vorwurf, welchen Reibmayr (l. c.) direct an

die Behauptung, dass es Brandt eine richtige Diagnose zu stellen nicht möglich sei, anschliesst, indem er angibt, dass die Brandt'sche Behandlungsmethode fast keine Rücksicht auf das Schamgefühl der Frauen nähme. Weiter heisst es dort: »Ist es für eine Frau schon schwer, einem Arzte gegenüber sich zu dieser Behandlungsmethode zu entschliessen, so wird ihr dieses fast unmöglich gemacht dadurch, dass Brandt zur Ausführung derselben zwei Männer für nothwendig erachtet. Der eine erhebt durch die in die Scheide eingeführten Finger den Uterus gegen die Bauchwand, der andere greift von oben her mit Bildung einer Falte der Bauchwand auf den Uterus ein, so dass er ihn zwischen den Daumen und den beiden folgenden Fingern hält und nun beginnen durch die Thätigkeit dieser beiden Männer die Reibungen, Ziehungen und Drückungen, welche die Aufsaugung von Exsudaten und die Lösung von Adhäsionen erzielen sollen.«

Wäre alles dieses, was Reibmayr behauptet, auch nur zum kleineren Theil wahr, so wäre gewiss sehr viel gegen die Brandt'sche Beckenmassage einzuwenden, denn man würde nur äusserst selten den Widerstand der Patientinnen überwinden können — glücklicherweise ist dies aber nicht der Fall und auch Reibmayr würde von seinen Behauptungen Abstand genommen haben, wenn er die von Brandt über: »Die Untersuchung des Beckens« und »Die Stellungen der Patientin und des Gymnasten« in seinem schon oben citirten Werk gemachten Angaben durchgelesen hätte.

Während wir gewohnt sind, bei gynäkologischen Untersuchungen, auch wenn wir nicht das Speculum in Anwendung ziehen, das Abdomen der auf dem Untersuchungstisch liegenden Patientin zu entblössen, untersucht Brandt auf folgende Weise: Die Kranke liegt mit etwas erhöhtem Oberkörper — um die Bauchmusculatur möglichst zu erschlaffen — und mit leicht angezogenen, nur wenig gespreizten Knien auf einem ziemlich niedrigen Bett in Rückenlage. Der Untersuchende, welcher vor der linken Seite des Bettes auf einem Stuhle sitzt, umgreift mit der linken Hand den linken Oberschenkel der Patientin

und führt einen Finger in die Vagina ein; die andere Hand tastet von den Bauchdecken, welche noch mit dem Hemd bekleidet sind, entgegen. Die Kleider der Patientin, welche nur um die Hüften gelockert sind, »hängen voll nach allen Seiten herab«, so dass der Untersuchende in keinem Fall das Abdomen und die Genitalien der Kranken zu Gesicht bekommt. Ebenso wird vorgegangen bei den sogenannten »Lüftungen«, welche nur bei Retroflexionen und Prolapsen angewendet werden und einen Assistenten erheischen. Hierbei wird nun freilich nicht so entsetzlich roh verfahren, wie Reibmayr's Beschreibung voraussetzen lässt, welche annimmt, dass diese vereinte Thätigkeit von Masseur und Assistenten dazu dienen solle, die Aufsaugung von Exsudaten und die Lösung von Adhäsionen zu bewirken. Bei den Lüftungen drängt der Masseur durch den in der Vagina befindlichen linken Zeigefinger die Portio stark nach hinten und oben, während die aussen auf den Bauchdecken befindliche rechte Hand, deren fest zusammengelegte Finger nach der Symphyse der Patientin gerichtet sind, den Uterus möglichst stark anteflectirt zu halten sucht. Der Assistent umgreift nun, indem er die Fingerspitzen beider Hände, deren Ulnarränder einander zugekehrt sind, so viel, als es die Nachgiebigkeit der Bauchdecken gestattet, in die Tiefe des Beckens zu drängen sucht, den Uterus und führt ihn zuerst nach hinten und dann, der Beckenachse folgend, nach oben. Im Allgemeinen kann man sagen, dass bei Prolapsen der Uterus auf diese Weise ebenso hoch über seinen normalen Stand hinaufgezogen werden kann, als er vorher unter demselben stand. Hierbei erfolgt also eine Ueberdehnung der Ligam. Douglasii und der sonstigen erschlafften Befestigungen des Uterus, auf welche dieselben mit einer starken Zusammenziehung antworten.

Die combinirte Manipulation der Lüftungen ist sehr schwer auszuführen und erfordert grosse Uebung. Dem Anfänger wird es wieder und immer wieder passiren, dass er durch unzweckmässiges Drängen nach hinten die den Uterus anteflectirt haltende Hand des Masseurs fortschiebt und den Uterus einfach nach hinten umkippt. Wird dagegen diese Bewegung

richtig gegeben, so fühlt der »Gymnast«, nachdem der Uterus hoch genug hinaufgeführt ist, denselben in seiner ganzen Länge aus seinen Fingerspitzen hervorgleiten und er muss sehr darauf achten, dass er ihn leise loslässt, damit er nicht »plötzlich von der Vagina hinuntergedrückt werde, was nicht allein schädlich, sondern auch sehr schmerzhaft ist«*).

Dass die Lüftungen mit der eigentlichen Massage gar nichts zu thun haben, ist nach der eben gegeben Beschreibung wohl klar. Wie Brandt auf diese Methode der Prolapsbehandlung, welche er später auch auf die Therapie der Retroflexionen ausdehnte, kam, erzählt Profanter (l. c.) ausführlich.

Es würde weit über den Rahmen dieser Beiträge hinausgehen, wollte ich mich weiter mit den im späteren Verlauf der Reibmayr'schen Auseinandersetzungen enthaltenen Irrthümern beschäftigen. Mir lag vor allen Dingen nur daran, den vielfachen Verunglimpfungen ein Ziel zu setzen, die Brandt und seine Methode der Beckenmassage von allen Seiten bis jetzt erfuhr.

Ehe ich in Folgendem daran gehe, an der Hand einzelner Krankengeschichten zu zeigen, wie rasch und prompt eine Massagekur wirkt, möchte ich noch erwähnen, dass von Erfolgen dieser Behandlungsmethode nur dann die Rede sein kann, wenn die Hände des Arztes selbst die verordnete Kur ausführen. In dieser Hinsicht schliesse ich mich vollkommen Reibmayr an, welcher wieder und wieder ermahnt, die Massage niemals von den Wärterinnen der Kliniken oder sonstigem Hilfspersonal ausführen zu lassen. Auch Profanter spricht sich in dem Resumé seiner schon oben citirten Arbeit ähnlich aus: »Massage muss, wie jeder andere medizinische Handgriff, erlernt werden. Was man als Autodidakt sehr schwer und oft erst durch jahrelange Uebung erfährt und erlernt, das kann man sich unter der Leitung eines erfahrenen und geübten Meisters schneller aneignen. Die Technik der Massage kann man nicht aus den Büchern, sondern nur durch Autopsie lernen.«

---

* Cf. Brandt l. c., pag. 59.

Aus diesem Grunde muss auch ich hier darauf verzichten, alle die Manipulationen zu beschreiben, welche bei der gynäkologischen Massage zum Ziele führen — es genügt mir, ihre Wirkung an einigen ausgewählten Fällen zu zeigen, welche beweisen sollen, was bei ambulanter Sprechstundenbehandlung und bei nur wenigen diätetischen Vorschriften, welche das häusliche Leben der Patientinnen nicht im Geringsten irritiren, in kurzer Zeit erreicht werden kann.

Ich constatire diese Erfolge der Massage um so lieber, weil ich damit zu gleicher Zeit eine Pflicht der Dankbarkeit gegen Brandt und seinen früheren Assistenten Dr. Nissen erfüllen möchte, deren persönliche Unterweisungen und Lehren während meiner Jenenser Assistentenzeit mich in die Lage versetzt haben, in ihrem Sinne weiter arbeiten — und helfen zu können.

Ein weiterer Grund, welcher mich bewog, die 12 folgenden Krankengeschichten ziemlich ausführlich mitzutheilen, ist der, dass ich durch genaue Angabe des Anfangs- und Schlusstermins, die Behandlungsdauer präcisiren und dadurch zeigen wollte, in welch kurzer Zeit Heilung eintrat. Dabei wiederhole ich nochmals, alle von mir massirten Patientinnen haben auch nicht einen Tag während der ganzen Behandlung im Bett zugebracht und sind nicht einen Augenblick ihrer häuslichen Thätigkeit entrissen worden. Dass trotz alledem die Massage in einer geringen Anzahl von Sitzungen zum Ziele führte, spricht ganz ausserordentlich für die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode. Die bis jetzt fast allgemein in den Kliniken bei solchen und ähnlichen Fällen, wie meine Casuistik aufweist, geübte Therapie dürfte kaum in gleicher Zeit ein gleiches Resultat aufweisen.

Ehe ich nun mich meiner Casuistik zuwende, möchte ich noch mit wenigen Worten die Indicationsstellung für die Beckenmassage berühren, welche Prochownik auf der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg gab. Er fasst seine, in zweijähriger Thätigkeit auf diesem Gebiet gewonnenen Erfahrungen in ungefähr folgenden Sätzen zusammen:

1*). Die Anwendung der Massage in der gynäkologischen Therapie bezweckt: die Förderung der Resorption pathologischer Producte, die Anregung der Circulation, die Dehnung geschrumpfter und narbiger Gewebe, selten die Erzeugung von Contractionen. Parallel zu diesen Endzwecken ergaben sich als die hauptsächlichsten für Massagebehandlung in Frage kommenden Erkrankungen: Transsudate und Exsudate, Metritis und Subinvolution nebst Erschlaffungszuständen, Narbenstricturen und Narbencontraction nebst Folgezuständen, besonders also von solchen abhängige Deviationen, selten Neoplasmen.

2. Die Massage soll stets erst nach Erschöpfung anderweitiger therapeutischer Bestrebungen in Anwendung gezogen werden.

Jede Massagekur ist zeitraubend, oft Monate dauernd und nahezu ausnahmslos schmerzhaft. Es ist daher nicht nur besser, vor ihrer Anwendung einfachere Heilversuche gemacht zu haben, sondern auch richtiger, weil die Kranken, auf anderem Wege nicht geheilt, sich leichter dazu entschliessen.

Es mag gerade dieser Satz von Anderen leicht über Bord geworfen werden, mir ist er, je ausgiebiger ich Massage betrieb, um so mehr Axiom geworden: denn nur mit ihm bewahrt man sich vor Täuschungen, die Methode vor Misskredit. Als selbstredend ergibt sich aus demselben, dass die Massage so lange in allein ärztlicher Hand bleiben muss, bis ihre Anzeigen genau präcisirt und die Technicismen vielseitig erprobt sind; auch an weibliche Personen mit medizinischer Halbbildung darf man sie nicht abgeben.

3. Weitere Vorbedingung der Massage ist eine auf Grund detaillirter combinirter Untersuchung beruhende sorgfältige Individualisation.

Dies erscheint ganz selbstverständlich und darum vielleicht überflüssig. Allein ich bin fest überzeugt, dass Mancher, wie

---

*) Tageblatt der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg. 18.—23. September 1884, pag. 229 u. ff.

ich, nach Einsicht der französischen und schwedischen Berichte, sich über die Tragweite der Massage getäuscht und recht unangenehme Anfangserfahrungen gemacht hat; dieser Satz soll Andere davor bewahren. Man darf selbst eine Untersuchung in Narkose nicht scheuen, um diagnostisch durchaus klar zu sein, und mich hat dieselbe mehrere Male, z. B. bei der Abschätzung von Grösse und Consistenz alter Exsudate, vor Irrthümern geschützt. Die Kunst der Individualisation wird, wenn man eben nur solche Frauen, welche man schon behandelt hat, zur Massage heranzieht, wesentlich erleichtert.

Gegen diese drei Thesen Prochownik's lässt sich mancherlei einwenden. Die erste könnte dahin abgekürzt und vereinfacht, zugleich aber auch in ihren Grenzen erweitert werden, dass man sagt: Die Anwendung der Massage findet statt bei allen subacuten und chronischen entzündlichen Processen der Organe des weiblichen Genitalapparates und seiner Adnexe; ferner bei allen Folgezuständen derselben, mögen dieselben in Schrumpfung oder Dehnung der normalen Gewebe bestehen, woraus folgt, dass die Massage in Betracht kommt bei allen Deviationen des Uterus.

Seine zweite Forderung, dass nämlich die Massage erst nach Erschöpfung aller anderweitigen therapeutischen Bestrebungen angewandt werden solle, wird Prochownik vielleicht selbst jetzt zurücknehmen, denn seine im Laufe der Jahre immer wachsende Erfahrung und verbesserte Technik wird wahrscheinlich in der Zwischenzeit ihm gezeigt haben, dass man mit Massage in kürzerer Zeit Besseres leisten kann, als ohne dieselbe.

Ausserdem ist es doch keineswegs recht einleuchtend, warum es durchaus nöthig sein soll, noch wochenlang die Patientinnen mit Bettruhe, internen Medicamenten, Tampons, Umschlägen, Irrigationen, Bädern u. s. w. zu ermüden, ehe man zu einer Behandlung schreitet, welche allerdings den Arzt mehr in Anspruch nimmt, als es sonst geschah, wo er einfach nur anzuordnen, die Patientin aber selbst oder irgend eine Wärterin seine Befehle auszuführen hatte, welche doch aber

mindestens so viel leistet, als die zuerst angeführten Methoden. Selbstredend darf der Arzt aber niemals die Massage seinen Wärterinnen überlassen.

Was die dritte These Prochownik's anbetrifft, so wird, glaube ich, jeder, der ehrlich und gewissenhaft vorgeht, dieselbe unbedingt unterschreiben.

Ganz anders verhält es sich mit den übrigen Sätzen, welche den oben citirten folgen. Ich führe dieselben nicht wörtlich an, weil der Mangel an Raum es mir verbietet. Nur Einzelnes möchte ich daraus hervorheben.

Die Eintheilung der gynäkologischen Massage in eine »äussere« und eine »innere« kann desshalb kaum statthaben, weil die sogenannte »innere«, besser combinirte, Massage alles das leistet, was wirklich von Bedeutung ist. Die äussere Massage dagegen, welche zweifellos unter die Rubrik »Bauchmassage« fällt, resp. mit derselben identisch ist, bewirkt auch nur das, was von jener verlangt wird, nämlich Anregung der Darmperistaltik. Von aussen auf die sofort ausweichenden und so leicht verletzlichen Organe des Beckens einzugreifen, ohne dass der in der Vagina liegende Finger den Grad und die Richtung des Druckes, oder die Grösse und den Ansatzpunkt der ziehenden Gewalt constatirt, resp. die verschieblichen Theile fixirt, wird meistens mehr schaden, als nützen. Es könnte in vereinzelten Fällen die äussere Massage dann Anwendung finden, wenn es sich darum handelte, die Musculatur des Beckens, unter welcher ein knöchernes Substrat den Stützpunkt abgibt, zu kneten und zu drücken. Wie aber z. B. will man diese Methode in Anwendung bringen bei einem vergrösserten und dislocirten Ovarium, oder einem, durch Adhäsionen fixirten, Uterus gegenüber, welcher, tief im Becken liegend, nur unter günstigen Umständen von der äusseren, auf den Bauchdecken befindlichen Hand getastet werden kann?

Auch die Theilung der »inneren« Massage in eine active und passive möchte ich nicht acceptiren. Diejenigen Fälle, bei welchen ein grösserer oder kleinerer Hartgummi-Cylinder resp. Kugel in die Scheide eingeführt — hierdurch allein wird

ja die passive Massage bewirkt — von hervorragender Heilwirkung wäre, sind ja so verschwindend selten, dass sie eigentlich gar nicht in Betracht kommen. Ja, nehmen wir sogar einmal an, wir hätten es mit einer Narbe im hinteren Scheidengewölbe zu thun, führten nun einen der Bozemann'schen Hartgummicylinder ein und schöben ihn, so weit es irgend angängig, hinauf in die Fornix vaginae, so wird derselbe dort sicher nach allen Seiten hin drücken und zerren; ich glaube aber, er wird überall da stärker dehnend wirken, als an der Stelle, wo er den grössten Widerstand findet, d. h. an Stelle der Narbe — mit anderen Worten, es wird das gesunde Gewebe im Fornix stärker gedehnt werden, als die Narbe, gegen welche der eingelegte Cylinder wirken sollte.

In Prochownik's Dilemma, aus welchem ihn die passive Massage reissen sollte und welches darin bestand, dass er nur wenige Frauen fand, »welche eine längere Massagekur 1 bis 2 mal per Tag und 10—15 Minuten aushalten konnten«, bin ich bis jetzt nie gerathen. Dahingegen habe ich stets beobachtet, je leiser und vorsichtiger massirt wird, desto leichter erträgt die Patientin die 8—10 Minuten dauernde, tägliche Sitzung, desto geringere Beschwerden hat sie nach derselben und — desto grössere Erfolge hat der Masseur. Man kann nirgend besser und leichter darüber belehrt werden, dass eine ganz geringe, aber planmässig und überlegt angewandte Gewalt viel mehr leistet, als scharfes, ungestümes Zugreifen, wie gerade in der gynäkologischen Massage. Ich glaube nicht fehlzugreifen, wenn ich behaupte, dass eine grosse Menge der Misserfolge, welche allerorts berichtet werden, ihren Grund darin haben, dass man versuchte, durch heftiges, gewaltsames Vorgehen schnellere Erfolge zu erringen.

Niemals dürfen die Manipulationen des Masseurs so kraftvolle sein, dass der Patientin ein Ausruf des Schmerzes entlockt wird, sonst wird die äussere Hand des Masseurs durch die sich plötzlich anspannenden Bauchdecken der Kranken zurückgeschleudert und zerrt das von ihr umfasste Organ ungestüm mit sich — was kaum zu besonderem Vortheil ausschlagen dürfte.

Am besten vermeidet man derlei Zufälle, wenn man die Patientin, welche in der schon oben beschriebenen Stellung sich befindet, anweist, ihre linke Hand auf den rechten Oberschenkel des massirenden Arztes zu legen und mit derselben einen Druck daselbst jedesmal dann auszuüben, wenn die Massage ihr irgendwie Schmerzen verursacht.

Als Kriterium für eine gut ausgeführte »Sitzung« sollte gelten, dass die Patientin nach derselben gar keine, oder höchstens nur ganz geringe Schmerzen empfinden darf — dann kann, da man schon bei geringer Vorsicht auch jede sexuelle Reizung zu vermeiden im Stande ist, es wohl kaum dahin kommen, dass, wie Prochownik angibt, »das Nervensystem der Patientin in hohem Grad alterirt wird«.

Was die Contraindicationen für die gynäkologische Massage anbetrifft, so liegt schon in dem oben Gesagten: dass nämlich dieselbe nur bei subacuten und chronischen Affectionen in Anwendung gebracht werden solle, eine gewaltige Einschränkung.

Das alte Princip: »Ruhe dem entzündeten Theil« ist ein so richtiges und oft erprobtes, dass ein Jeder nur nach reiflicher Ueberlegung es ausser Acht lassen wird. Die chirurgische Massage hat in vielen Fällen gewagt, diesem geheiligten Satz entgegenzutreten und die Erfahrung gab ihr sehr oft Recht darin — ob dies aber für die gynäkologische Massage auch rationell ist, das wird die Zukunft lehren. Möglich ist es ja immerhin, dass, wenn erst die Beobachtungen dieser Disciplin der Massage sich häufen und dieselben durch grössere Versuchsreihen von Seiten der Physiologen unterstützt werden, man es unternehmen wird, auch in den Stadien der floriden Entzündung massirend vorzugehen; vorläufig werden wir uns wohl aber begnügen müssen, uns an die chronischen und subacuten Fälle zu halten, bei der acuten aber dem alten Satze, »Ruhe dem entzündeten Theil«, treu zu bleiben.

Casuistik.

Nr. I. Beamtenfrau A. R., 22 Jahre alt, aus N.

Beschwerden: Heftige Schmerzen im Kreuz, die täglich wiederkehren, beim Bücken sehr heftig werden und bei jeder grösseren Anstrengung sich zu fast unerträglicher Höhe steigern. Ziehende Schmerzen im ganzen Unterleib, hauptsächlich aber rechts. Hat Patientin einige Zeit in vorgebeugter Stellung verharrt, so ist es ihr unmöglich sich wieder in die Höhe zu richten. Heftige, krampfartige Schmerzen vor der Regel, die

Fig. 1.

mit Eintreten der Blutung nachlassen. Ziemlich starker weisser Fluss. Patientin ist seit 2 ½ Jahren steril verheirathet.

Anamnese: Als Kind stets gesund, bis auf Masern, menstruirt mit 14 Jahren, 4wöchentlich, regelmässig, 5—6tägig, mässig reichlich; Menstruation die ersten Tage schmerzhaft. Verheirathet seit 2 ½ Jahren, nie geboren, nie abortirt.

Status praesens: Hymen lacerirt, Introitus vaginae eng, Scheide mittelweit, mässig lang. Portio vaginalis in der Spinallinie, zapfenförmig, Muttermund grübchenförmig. Uterus virginell, etwas vergrössert, anteflectirt, winkelsteif, stark druck-

empfindlich; nach rechts normal beweglich, ohne Schmerzen; nach links nur wenig beweglich, dabei werden starke Schmerzen geklagt. Rechte Douglas'sche Falte verdickt und empfindlich, rechtes Ovarium vergrössert und stark schmerzhaft. Erosion am Muttermund von ca. 1 cm im Durchmesser.

Diagnose: Endometritis, Metritis, Parametritis posterior dextra, Oophoritis dextra.

Therapie: Massage.

Aufang der Massagebehandlung am 27. Januar 1887.

30. Januar: Bauchdecken empfindlich, einzelne Sugillationen.

Fig. 2.

2. Februar: Die Schmerzen in der rechten Seite haben bedeutend nachgelassen, ebenso die Kreuzschmerzen. Das Bücken ist leichter geworden. Fluor albus geringer als bisher.

4. Februar: Patientin, welche sonst jedes Treppensteigen und Spazierengehen vermied, hat trotz Verbots einen 2 ½ stündigen Weg gemacht, danach starke Schmerzen in der rechten Seite. Massage auf 2 Tage ausgesetzt. Warme Salzumschläge.

6. Februar: Massagebehandlung wieder aufgenommen.

9. Februar: Die Beschwerden sind geschwunden, Ausfluss kaum noch vorhanden. Patientin fühlt sich sehr wohl.

11. Februar: Schlussuntersuchung: Uterus nicht mehr vergrössert, nicht winkelsteif, nicht druckempfindlich. Portio nach allen Seiten hin normal beweglich, beide Parametrien frei, Ovarien normal gross, nicht schmerzhaft. Fluor albus verschwunden. Patientin hat keinerlei Beschwerden mehr.

Frau R., welche während der Behandlungszeit und der Tage bis zur nächsten Menstruation sich jedes sexuellen Verkehrs enthalten musste, wurde sofort nach der nächsten Regel gravid. Leider abortirte sie im vierten Monat, was mit ziemlicher Sicherheit auf Lues des Gatten zurückgeführt werden konnte.

Nr. II. Frau Lehrer M. aus E., 32 Jahre alt.

Beschwerden: Starke kolikartige Schmerzen im Unterleib mit äusserst intensiv auftretenden Schmerzen im Kreuz, welche nach den Oberschenkeln ausstrahlen. Heftige Migräne bei jeder Menstruation, kein Appetit, Stuhlbeschwerden, kalte Hände und Füsse. — Patientin ist ohne Erfolg in den Universitäts-Kliniken von G. und H. behandelt worden. Vor zwei Jahren wurde ihr wegen eines geringen Vorfalls der vorderen Vaginalwand ein Mayer'scher Ring eingelegt, welchen sie trotz grosser Schmerzen bis jetzt trug. Starker Fluor albus. In der letzten Zeit trat im linken Bein oft ein Gefühl von Taubheit auf, verbunden mit nach dem Knie ausstrahlenden Schmerzen bei jeder ausgiebigeren Bewegung.

Anamnese: Als Kind gesund bis zum 12. Jahre, dann stark bleichsüchtig bis zum 18. Jahre, menstruirt mit 15 Jahren, 4wöchentlich, regelmässig, 4—5tägig, mässig reichlich, dabei stets Schmerzen. Verheirathet mit 20 Jahren; 3 Kinder. Das 1. mit 22 Jahren, Wochenbett schwer, 5 Wochen bettlägerig, starkes Fieber. Das 2. Kind mit 25, das 3. mit 27 Jahren. Kein Abort, keine Frühgeburt.

Status praesens: Vulva klafft, Introitus vaginae weit, Vagina weit, mittellang. Geringer Prolaps der vorderen Vaginalwand. In der Scheide ein Mayer'scher Ring. Portio etwas unter der Spinallinie, etwas lacerirt, ihre Bewegung nach allen Seiten stark gehemmt. Uterus vergrössert, Cavum 9 cm,

anteflectirt, etwas zurückgesunken. Beide Parametrien, ebenso wie beide Douglasischen Falten verdickt und stark schmerzhaft. Linkes Ovarium vergrössert, weit zurückgesunken und in der Gegend der Articulatio sacroiliaca fixirt. Rechtes Ovarium an normaler Stelle nur wenig vergrössert.

Diagnose: Metritis, Endometritis, Parametritis posterior duplex, Oophoritis sinistra.

Therapie: Massage. Liquor ferri album.

Anfang der Massagebehandlung am 27. Januar 1887.

Fig. 3.

2. Februar: Beschwerden lassen nach.

5. Februar: Die Schmerzen im linken Bein sind verschwunden; Patientin fühlt sich leichter im Becken; Ausfluss viel geringer geworden. Uterus kleiner, freier beweglich, nicht mehr so stark druckempfindlich. Im Douglas dagegen noch bedeutende Schmerzhaftigkeit. Linkes Ovarium an normaler Stelle, hat bedeutend an Umfang eingebüsst.

12. Februar: Entlassungsbefund: Die Beschwerden sind vollkommen geschwunden. Weder im Leib noch im Kreuz irgend welche Schmerzen. Uterus fast normal gross, Cavum $7\frac{1}{2}$ cm. Nach allen Seiten hin frei beweglich, steht nur noch

etwas tiefer als normal. Beide Parametrien frei, ebenso die Douglasischen Falten. Ovarium normal gross, beide an normaler Stelle. Fluor albus verschwunden. Vorfall der vorderen Scheidenwand unverändert.

Fig. 4.

Patientin hat sich in der Zwischenzeit unverändert wohl befunden. Ihr Allgemeinbefinden und Kräftezustand ist durchaus zufriedenstellend.

Nr. III. Frau Fleischermeister K. aus N. 22, Jahre alt.

Beschwerden: Starkes Brennen und ziehende Schmerzen in den äusseren Genitalien, sehr reichlicher, ätzender, grünlich gelber Ausfluss. In der linken Seite hochgradige Empfindlichkeit; besonders unangenehm ist der Patientin angeblich »das Gefühl, als ob alles ganz lose sei im Unterleibe«. Rasches Gehen auf der Strasse ist unmöglich, jeder Fehltritt verursacht starke Schmerzen.

Anamnese: Als Kind scrofulös, ausserdem Masern und Scharlach in früher Jugend. Menstruirt mit 16 Jahren, vierwöchentlich, regelmässig, 3—4tägig, reichlich, schmerzlos. Verheirathet mit 17½ Jahren; nach 10 Monaten das 1. Kind. Im 20. Jahre das 2. Kind. Im letzten Wochenbett angeblich

Gebärmutterentzündung und 14tägiges Krankenlager. Drei Wochen später starke Blutungen mit Schmerzen in der linken Seite. Vor ca. 3 Jahren angeblich gonorrhoische Infection durch den Ehegatten.

Status praesens: Geringe Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Innenseite der Lab. maj. Introitus vaginae sehr empfindlich, Vagina mittelweit und lang. Portio in der Spinallinie, zweilippig. Cervix nach allen Seiten hin in seiner Bewegung behindert. Uterus anteflectirt, bedeutend vergrössert

Fig. 5.

(Cavum fast 10 cm) sehr druckempfindlich. Tuben gut palpabel, ebenfalls sehr empfindlich. Beide Ovarien vergrössert, das linke von der Grösse eines kleinen Hühnereis, fixirt und ausserordentlich schmerzhaft, es liegt in perimetritische Schwarten eingebettet.

Diagnose: Metritis, Endometritis, Parametritis posterior, Perimetritis, Vaginitis.

Therapie: Massage. Täglich eine Scheidenirrigation.

30. Januar 1887: Der Probetampon ergibt einen mässigen Uteruscatarrh. — Anfang der Massagebehandlung.

5. Februar: Die entzündlichen Erscheinungen in Uterus

und Vagina sind vollkommen geschwunden. Die Massage der Umgebung beider Ovarien, besonders aber des linken, noch empfindlich. Patientin fühlt sich viel freier im Leib, beim Gehen, Treppensteigen u. s. w. keine Beschwerden mehr. Fluor viel geringer geworden.

8. Februar: Heilung schreitet stetig vorwärts. Patientin fühlt sich von Tag zu Tag wohler.

12. Februar: Entlassungsbefund: Die entzündlichen Erscheinungen sind sämmtlich geschwunden. Uterus anteflectirt,

Fig. 6.

leicht beweglich, ist viel kleiner geworden. Cavum 8 1/2 cm; seine Consistenz ist derber. Beide Parametrien sind frei, ebensowenig druckempfindlich, wie die normal grossen und an normaler Stelle liegenden Ovarien, von denen allerdings das linke schwerer beweglich ist als das rechte. Uebrig geblieben ist nur noch eine geringe Schmerzhaftigkeit an beiden Tubenecken und in der Mitte des Douglas. Patientin erklärt, vollkommen gesund zu sein und der Behandlung nicht weiter zu bedürfen.

Anfang März bekam Patientin einen kleinen Rückfall, welcher durch 7 Massagesitzungen geheilt wurde. Danach war der Uterus normal gross. Cavum 7 1/4 cm.

Nr. IV. Arbeiterfrau Sch. aus N., 36 Jahre alt.

Beschwerden: Starke Schmerzen im Kreuz, die nach den Oberschenkeln ausstrahlen; ziehende und drückende Schmerzen in der rechten Seite, dazu ein Gefühl von Schwere »als ob ein dicker Klumpen dort läge«. Alle 14 Tage heftige, mit kolikartigen Schmerzen verbundene Blutungen, welche die Patientin stark heruntergebracht haben, so dass sie arbeitsunfähig ist. Appetit schlecht, Stuhlgang angehalten.

Anamnese: Als Kind angeblich gesund, menstruirt mit

Fig. 7.

15 Jahren, 4wöchentlich, 7—8tägig, reichlich, schmerzlos. Verheirathet mit 22 Jahren, in demselben Jahre das 1. Kind. Das 2. mit 26 Jahren. 3. Gravidität endigte im 4. Monat; das 4. Kind ausgetragen mit 28. Jahren, 5. mit 30, 6. mit 33 Jahren. Jedesmal musste die Placenta manuell entfernt werden. Im zweiten Wochenbett Fieber. 27 Wochen schweres Krankenlager — angeblich Eiterdurchbruch von der linken Seite her in die Scheide.

Status praesens: Introitus vaginae weit, ebenso Vagina. Portio etwas vor der Spinallinie, stark zweilippig, zeigt zahlreiche Follikel. Cervix nach rechts verzogen, nach links gar

nicht, nach rechts wenig beweglich. Linkes Parametrium stark empfindlich, kaum verdickt, ebenso linke Douglasische Falte. Linkes Ovarium wallnussgross, im Douglas gelegen, beweglich. Uterus dick, steif, gerade emporgerichtet ziemlich in der Beckenachse. Nur die linke Kante desselben ist abzutasten, nach rechts geht das Corpus uteri unmerklich in ein teigiges, kaum schmerzhaftes Exsudat über. Rechtes Ovarium nicht herauszufühlen.

Diagnose: Metritis, Endometritis. Parametritis. Perimetritis.

Therapie: Da Regel bevorsteht, Stichelung der Portio, Eröffnung zahlreicher Follikel. Jodoform.

27. Februar 87: Patientin erscheint jetzt erst, nachdem fast drei Wochen seither verstrichen sind, wieder in der Sprechstunde, da sie sich nach der Stichelung der Portio viel wohler befunden hat. Seit drei Tagen ist wieder profuse Blutung eingetreten. Abdomen sehr empfindlich. Ordination: Bettruhe, kalte Kataplasmen auf das Abdomen, Opium, Extr. Hydrast. canadens. fluid.

3. März: Anfang der Massagebehandlung.

9. März: Die Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite haben nachgelassen, der Ausfluss ist geringer geworden.

14. März: Patientin befindet sich sehr wohl. Bis jetzt ist keine Blutung eingetreten. Uterus ist etwas kleiner geworden, steht aber noch ebenso steil wie vorher. Die Cervix hat an Beweglichkeit zugenommen, doch ist sie noch lange nicht normal. Das linke Ovarium hat an Umfang eingebüsst und liegt an normaler Stelle. Rechtes Parametrium noch verdickt, doch fühlt die äussere Hand die in der Scheide liegenden Finger undeutlich durch; das rechte Ovarium ist in unbestimmten Umrissen abzutasten. Fluor fast ganz verschwunden.

21. März: Regel ist eingetreten, lange nicht so stark wie früher und vollkommen schmerzlos.

4. April: Die subjectiven Erscheinungen sind vollkommen geschwunden. Patientin arbeitet den ganzen Tag theils in ihrer Wirthschaft, theils auf dem Felde. Sie kam in den letzten Tagen schon unregelmässig zur Sprechstunde und will sich

jetzt überhaupt jeder Weiterbehandlung entziehen, »da sie ja jetzt wieder arbeiten könne«.

Untersuchungsbefund: Portio in der Spinallinie, Uterus steht nicht mehr so steil und hat an Volumen verloren (Cavum 7 3/4 cm.) Seine Consistenz ist fester geworden, er zeigt keine Druckempfindlichkeit mehr. Die Beweglichkeit der

Fig 8.

Portio ist nach rechts hin eine normale, nach links allerdings etwas behindert. Linkes Ovarium nur gering vergrössert, an normaler Stelle. Das rechte klein, deutlich abgrenzbar. Rechtes Parametrium noch verdickt, aber ebenso wie das linke nicht druckempfindlich. Fluor vollkommen verschwunden.

Nr. V. Beamtenfrau H. aus N., 38 Jahre alt.

Beschwerden: Seit ca. 4 Monaten leidet Patientin an starken nervösen Beschwerden. Sie erschrickt bei jeder Gelegenheit, weint oft ohne Grund und fühlt sich sehr angegriffen. Bei dem geringsten Druck auf den Unterleib fühlt sie Schmerzen am Magen. Fast fortwährendes Aufstossen, das besonders nach dem Essen unerträglich wird. Appetit sehr gegering, Stuhlgang angehalten. Regel 3wöchentlich, sehr

stark, dabei intensive Kopfschmerzen, welche aussen auf die Kopfschwarte verlegt werden. Starker Fluor albus.

Anamnese: Als Kind scrofulös, Masern. Menstruirt mit 16 Jahren, 4wöchentlich, regelmässig, 3—4tägig, ohne Schmerzen, reichlich. Verheirathet mit 27 Jahren; das 1. Kind mit 28, das 2. mit 29, das 3. mit 32 Jahren; mit 34 Jahren eine Fehlgeburt, mit 36 Jahren das letzte Kind, vergangenen December ein Abort. Wochenbetten sämmtlich ohne Fieber.

Status praesens: Introitus vaginae weit, ebenso Vagina, Portio in der Spinallinie, starkes Lacerationsectropium mit zahlreichen Follikeln. Uterus anteflectirt, verdickt, etwas weicher als normal; bei Druck auf das Corpus uteri werden starke Magenschmerzen, denen sofort anhaltendes Aufstossen folgt, geklagt. Beide Douglasische Falten verdickt und empfindlich, Ovarien normal.

Diagnose: Endometritis, Metritis, Parametritis posterior.

Therapie: Da Patientin die doppelseitige Emmetoperation verweigert, werden die Follikel eröffnet und am 11. März die Massagebehandlung begonnen. Kefir.

17. März: Die Beschwerden sind sämmtlich geringer geworden. Patientin fühlt sich leichter im Leib. Appetit rege, das Aufstossen ist fast ganz geschwunden. Stuhlgang regelmässig. Noch einmal traten Kopfschmerzen, aber weniger intensiv auf. Fluor viel geringer geworden.

24. März: Entlassungsbefund: Uterus ist kleiner und fester geworden; auch bei starkem Druck auf das Corpus treten keine Magenschmerzen auf. Die Douglasischen Falten nicht mehr verdickt und unempfindlich. Fluor verschwunden. Das Aufstossen hat vollkommen aufgehört, Kopfschmerzen sind nicht wieder aufgetreten. Appetit rege, Stuhlgang regelmässig. Patientin fühlt sich sehr wohl.

In der Zwischenzeit hat Frau H. sich zu wiederholten Malen vorgestellt. Ihr Befinden war stets gut, von den ehemaligen Beschwerden ist keine Spur mehr vorhanden.

Nr. VI. Oeconomsfrau B. aus E., 36 Jahre alt.

Beschwerden: Seit ca. 3/4 Jahren leidet die Patientin an sehr starken Magenbeschwerden, welche allen bisher angewandten Mitteln trotzten. Auch nach wenig substantiellen Mahlzeiten stellen sich sofort krampfartige Schmerzen in der Magengegend ein, welche sich bis zwischen die Schulterblätter fortpflanzen. Patientin hat schon sehr viel ärztliche Hülfe in Anspruch genommen, aber nirgends Heilung resp. Besserung gefunden. Durch die äusserst geringe Nahrungsaufnahme ist

Fig. 9.

sie sehr schwach geworden, so dass sie ihrem Hauswesen nicht vorzustehen im Stande ist.

Anamnese: Als Kind stets gesund, menstruirt mit 15 Jahren, regelmässig, 4 wöchentlich, 3—4 tägig, mässig reichlich, vollkommen schmerzlos. Verheirathet mit 21 Jahren, nach dem ersten Jahr das 1. Kind, die übrigen 3 in 2 1/2 jährigen, regelmässigen Intervallen. Mit Ausnahme der ersten Entbindung, welche sich etwas in die Länge zog, verliefen alle Geburten leicht und ohne irgend welche Unregelmässigkeiten. In den Wochenbetten niemals Fieber.

Status praesens: An den Organen der Brust und des Bauches nichts Abnormes nachweisbar. Magen nicht vergrössert, nicht druckempfindlich. Abdomen weich, überall kann die palpirende Hand tief eindringen, ohne Schmerzen zu verursachen, nur die Gegend beider Ovarien ist empfindlich. Die Untersuchung der Beckenorgane ergibt: Introitus vaginae ebenso wie Vagina weit, letztere mittellang. Portio in der Spinallinie, lacerirt, zeigt einen starken linksseitigen Cervixriss, welcher sich in eine kleine Scheidennarbe fortsetzt. Die Beweglichkeit der

Fig. 10.

Portio ist trotzdem nach keiner Seite hin beschränkt. Der Uterus ist anteflectirt, nicht vergrössert, nicht druckempfindlich. Linke Douglasische Falte etwas dicker als die rechte, nicht schmerzhaft. Die Parametrien fester, als normal; beide Ovarien vergrössert und äusserst empfindlich. Jeder Druck auf dieselben löst präcis heftige Magenschmerzen aus, bei dem rechten Ovarium genügt dazu schon eine leise Berührung.

Diagnose: Oophoritis duplex.

Therapie: Massage.

Anfang der Behandlung am 13. März 1887.

16. März: Die Magenbeschwerden sind etwas geringer geworden.

19. März: Die Magenbeschwerden treten nur hin und wieder noch auf. Der Appetit hat sich bedeutend gehoben. Umfang und Empfindlichkeit der Ovarien geringer geworden.

23. März: Entlassungsbefund. Portio normal beweglich, Uterus anteflectirt, beide Parametrien frei, die Ovarien beide von normaler Grösse, das rechte nur noch gering, das linke gar nicht mehr empfindlich. Die ehemaligen Beschwerden sind vollkommen geschwunden; auch nach reichlichen Mahlzeiten treten keinerlei schmerzhafte Empfindungen in der Magengegend ein. Appetit gut.

In der Zwischenzeit hat mir die Patientin des öfteren Nachricht von sich gegeben. Sie befindet sich andauernd wohl und steht ununterbrochen ihrer grossen Wirthschaft vor.

Nr. VII. Beamtenfrau R. aus N., 25 Jahre alt.

Beschwerden: Patientin leidet seit ca. 1 ½ Jahren an intensiven Kopfschmerzen, welche besonders in der Zeit der Menses fast unerträglich werden und dann von dem Hinterkopf den ganzen Rücken hinabziehen. Dazu kommen noch starke Magenbeschwerden, verbunden mit Kurzathmigkeit, welche der Patientin jede Lust zur Arbeit rauben und sie zwingen, nach jeder auch nur kleinen Anstrengung das Bett zu hüten. Bei jeder Menstruation treten Schmerzen im Kreuz, ausstrahlend nach den Oberschenkeln, und im Unterleib auf.

Anamnese: Als Kind scrofulös, in frühester Jugend Masern, wahrscheinlich auch bald darauf Scharlach. Menstruirt mit 17 Jahren, 4wöchentlich, regelmässig, reichlich, 6—7tägig, ohne Schmerzen. Verheirathet mit 18 Jahren. Das 1. Kind mit 19, das 2. mit 23, das letzte mit 24 Jahren. Geburten leicht, im zweiten Wochenbett angeblich 14 Tage lang Fieber. Seit ca. ½ Jahre empfindet Patientin obige Beschwerden, welche in den letzten Monaten so zunahmen, dass sie die Universitätspoliklinik zu G. aufsuchte; dort wurde eine starke Magenerweiterung constatirt und Karlsbader Salz verordnet. Infolgedessen kam die Kranke sehr herunter, der Appetit wurde

schlechter und schlechter, nach jeder Mahlzeit stellte sich Magendrücken ein u. s. w.

Status praesens. Patientin ist sehr mager; an den Organen der Brust und des Bauches ist nichts Abnormes nachweisbar, insbesondere keine Magenerweiterung.

Introitus vaginae weit, ebenso Vagina. Portio in der Spinallinie, lacerirt, weich, succulent; ihre Beweglichkeit vermindert. Uterus anteflectirt, etwas grösser als normal (Sonde 4 : 7 ½ cm) mässig druckempfindlich. Beide Douglasische Falten verdickt, schmerzhaft. Bewegt man die Portio nach vorn, so werden Schmerzen im Kreuz und in der Magengegend geklagt. Beide Ovarien mässig vergrössert und gering empfindlich. Parametrien frei. Der Probetampon ergibt mässigen Katarrh.

Diagnose: Metritis und Endometritis.

Parametritis posterior. Oophoritis duplex.

Therapie: Massage. Tct. ferri compos. Athenstaedt. Diät.

Anfang der Massagebehandlung am 18. September 1887.

22. September: Geringe Besserung ist eingetreten.

26. September: Die Schmerzen im Kopf und in der Magengegend sind fast vollkommen geschwunden. Appetit hebt sich; die Tct. ferri bekommt der Patientin sehr gut. Fluor hat sich nicht mehr gezeigt.

30. September: Entlassungsbefund: Portio ist normal beweglich, der Uterus ist etwas kleiner geworden (Cavum 7 ¼ cm), nicht mehr druckempfindlich. Die Douglasischen Falten sind kaum noch verdickt, auch wenn man die Portio stark nach vorn bewegt, treten keine Magenschmerzen mehr auf. Beide Ovarien haben normale Grösse. Patientin fühlt sich sehr wohl und hat guten Appetit.

Seither bekam ich nur einmal Bericht über das Befinden der Patientin durch deren Ehegatten. Derselbe gab an, dass sie sich andauernd wohl befände und in Folge ihres lebhaften Appetits auch wieder an Gewicht und Kräften zunähme.

Nr. VIII. Kaufmannsfrau A. B. aus N., 30 Jahre alt.

Beschwerden: Patientin klagt über einen starken, besonders nach dem Essen eintretenden Schmerz, welchen sie ca. zwei Querfinger breit unter dem rechten Rippenbogen, in der Linea mammillaris localisirt. Dabei tritt an dieser Stelle eine ungefähr handtellergrosse, leicht zu fühlende »Verhärtung« auf, welche ganz intensive, nach dem Rücken ausstrahlende Schmerzen verursacht, die bei jeder stärkeren Bewegung, besonders in der Lendenwirbelsäule, exacerbiren. Schon acht Tage vor Eintritt der Menstruation stellen sich diese Beschwerden ein und wachsen dann, begleitet von heftigen Kreuzschmerzen, so stark an, dass die Kranke tagelang bettlägerig wird und kaum die Speisen berührt.

Anamnese: Als Kind stets gesund, menstruirt mit 14 Jahren, 4wöchentlich, regelmässig, 8tägig, reichlich, mässig schmerzhaft. Verheirathet mit 19 Jahren, mit 20 Jahren das 1. Kind, mit 21. Jahren das 2., mit 22. Jahren das 3. Kind. Im 23. Jahre eine Fehlgeburt, darauf im 25., 26. und 27. Jahre je ein ausgetragenes Kind. Alle Geburten verliefen leicht, im Wochenbett niemals Fieber. Seit der letzten Entbindung sind angeblich die Beschwerden eingetreten, welche die Kranke vielfach ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen zwangen. Ueberall ist sie, wie sie angibt, »auf Gallensteine und Geschwüre des Gallengangs behandelt worden«; sogar nach einem vierwöchentlichen Aufenthalt in einer Frauenklinik der Universität H. spürte sie keine Besserung. Gallensteine sind nie abgegangen, ebensowenig hat die Patientin jemals an Gelbsucht gelitten. Nachdem im vergangenen Frühjahr noch eine Karlsbader Kur mit der Patientin vorgenommen worden war, fühlte sie sich auf das Aeusserste angegriffen.

Status praesens: Die Untersuchung ergibt keinerlei Anomalieen von Seiten der Brustorgane. Die Lebergrenzen sind ebenfalls normal, die Leber selbst nirgends druckempfindlich. Steht die Kranke aufrecht, so wölbt sich ca. zwei Querfinger breit unter dem rechten Rippenbogen in der Linea mammillaris ein ungefähr handtellergrosser Tumor vor, welcher aber, trotz-

dem sich seine Grenzen dem Auge ziemlich scharf markiren, percussorisch nicht nachgewiesen werden kann. — Hebt man die Bauchdecken an der sich vorwölbenden Stelle in die Höhe und comprimirt sie leise, so werden sofort starke, nach dem Rücken ausstrahlende Schmerzen geklagt, ja bei heftiger Compression kommt es zu Erbrechen. Legt man die Patientin auf eine ganz horizontale Unterlage, ohne Kopfpolster, so verschwindet der Tumor, tritt aber sofort wieder hervor, wenn die Patientin den Kopf energisch hebt. An Magen und Milz nichts Anormales nachweisbar. Der Genitalbefund ergibt: Vulva schliesst, Introitus vaginae, ebenso wie Vagina selbst, weit, letztere mittellang. Portio in der Spinallinie, quergespalten, in ihren Bewegungen nur wenig — nach links — gehemmt. Uterus anteflectirt, gering vergrössert, druckempfindlich. Linkes Ovarium an normaler Stelle, nicht vergrössert, nicht empfindlich. Rechtes Ovarium ebenfalls an normaler Stelle, aber bedeutend vergrössert, unbeweglich und sehr empfindlich. Rechte Douglasische Falte, ebenso wie das ganze rechte Parametrium wenig verdickt, aber empfindlich. Linkes Parametrium und linke Douglasische Falte völlig normal. — Der rechte M. psoas major und minor in ihrem ganzen Verlauf äusserst empfindlich auf Druck, jedoch nicht schmerzhaft bei Bewegungen des rechten Beines, z. B. Auswärtsdrehen und Beugen des Schenkels. Bei Druck auf das rechte Ovarium werden sicher, weniger prompt bei Compression des, innerhalb des grossen Beckens verlaufenden Theil des Psoas, die oben beschriebenen Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen ausgelöst.

Diagnose: Partielle Entzündung der Bauchmusculatur, Entzündung des M. psoas major und minor, Oophoritis dextra.

Therapie: Massage.

Beginn der Behandlung am 8. October 1887.

Die Schmerzen über den rechten Rippenbogen sind geringer geworden. Hin und wieder treten sie noch anfallsweise auf, dann aber nicht mehr so intensiv, wie früher. Patientin fühlt sich wohler und hat mehr Appetit. Stuhl etwas retardirt.

19. October: Regel ist eingetreten; während sonst schon acht Tage vorher die oben beschriebenen Symptome sich bedeutend steigerten, ist jetzt kein Prodromalstadium vorhanden gewesen, es stellte sich im Gegentheil die Menstruation ohne jede Beschwerde, selbst ohne Kreuzschmerzen ein.

22. October: In der Nacht vom 2. auf den 3. Tag der Menstruation trat noch einmal ein ca. drei Stunden dauernder, mit Erbrechen einhergehender Anfall auf, welcher jedoch lange nicht die Schmerzparoxysmen der früheren erreichte.

27. October: Die Regel hat dieses Mal acht volle Tage gedauert, doch zeigte die Blutung zahlreiche Unterbrechungen, so dass die Patientin den gesammten Blutverlust für geringer hält, als er es sonst zu sein pflegte.

1. November: Patientin kommt erst heute wieder zur Weiterbehandlung, »weil häusliche Verhältnisse« sie hinderten. Seit dem Anfall in der Nacht zum 3. Menstruationstage sind keinerlei Schmerzen aufgetreten. Patientin zeigt jetzt einen kräftigen Appetit und kann ohne Beschwerden auch eine consistente Mahlzeit einnehmen.

Uterus kleiner und nicht mehr so druckempfindlich wie früher. Rechtes Ovarium hat bedeutend an Umfang eingebüsst, ist aber, ebenso wie der M. psoas major und minor noch schmerzhaft.

5. November: Schmerzen sind nicht wieder aufgetreten. Patientin fühlt sich sehr wohl und hat keine Klagen; nur auf vieles Zureden entschliesst sie sich, noch einige Tage in Behandlung zu bleiben, da sie ja »ganz gesund« sei.

9. November: Entlassungsbefund: Portio normal beweglich, Uterus anteflectirt, nicht vergrössert, nicht empfindlich. Rechtes Parametrium frei, rechtes Ovarium nicht mehr vergrössert, kaum noch empfindlich, ebensowenig der M. Psoas major und minor. Der angebliche Tumor unter dem rechten Rippenbogen ist verschwunden. Patientin fühlt sich sehr wohl und hat guten Appetit; von Schmerzen ist keine Spur mehr vorhanden.

Nr. IX. Beamtenfrau A. E. aus N., 31 Jahre alt.

Beschwerden: Patientin klagt über fortwährende Schmerzen im Rücken und Steifigkeit im Kreuz, welche beim Bücken das Sichwiederaufrichten hindert. Längeres Ausharren in gebückter Stellung ist unmöglich. Oft treten ziehende Schmerzen in den Oberschenkeln ein, welche bis in die Füsse ausstrahlen. Nach jeder grösseren Anstrengung fühlt Patientin sich sehr matt und hinfällig. Seit sieben Jahren lebt sie in steriler Ehe.

Anamnese: Als Kind vielfach kränklich, angeblich Masern, Scharlach, Diphtherie. In den Entwicklungsjahren lange Zeit bleichsüchtig, menstruirt mit 23 Jahren, anfangs sehr unregelmässig, späterhin — seit der Verheirathung — regelmässig, 4wöchentlich, 3—4tägig, spärlich, stets mit Schmerzen. Patientin hat nie geboren, nie abortirt; sie ist verschiedentlich ärztlich behandelt worden und zwar »auf Rückwärtsbeugung der Mutter«.

Status praesens: Hymen lacerirt, Introitus vaginae eng, Scheide weit, lang, ziemlich gerade nach hinten vorlaufend. Portio zapfenförmig, Muttermund deutlich quergespalten. Beweglichkeit der Portio nach allen Seiten gehindert; besonders schmerzhaft ist der Versuch, dieselbe nach vorn zu bringen. Uterus virginell, pathologisch anteflectirt, winkelsteif. Der Scheitel des Knickungswinkels liegt nur zwei Querfinger breit vor und unter dem Promontorium. Sonde 4 passirt anteflectirt mit geringem Widerstand am Orificium internum knapp 7 cm. Beide Douglasische Falten sind stark verdickt, verkürzt und druckempfindlich. Die Ovarien liegen beiderseits in unmittelbarer Nähe derselben, sind gering schmerzhaft und kaum vergrössert. Mässiger Fluor albus.

Diagnose: Starke Parametritis posterior.

Therapie: Massage.

Anfang der Massagebehandlung am 29. März 1887.

4. April: Die Schmerzen im Rücken haben ebenso, wie die Steifigkeit im Kreuz etwas nachgelassen. Die Portio ist beweglicher geworden, der bisher winkelsteife Uterus lässt sich gerade strecken.

6. April: Regel ist eingetreten unter kaum nennenswerthen Schmerzen, nicht reichlicher als gewöhnlich.

11. April: Regel hat länger angehalten und ist auch im Ganzen reichlicher gewesen, als bisher der Fall war, sie ist

Fig. 11.

aber seit gestern Nachmittag vorüber. Die Massagebehandlung wird wieder aufgenommen.

16. April: Die Beschwerden sind vollkommen geschwunden, ebenso der Fluor albus.

21. April: Entlassungsbefund: Portio ist normal beweglich und lässt sich ohne die geringsten Schmerzen weit nach

vorn bringen. Die Douglasischen Falten sind lang gestreckt, weder verdickt, noch empfindlich. Der nicht mehr winkelsteife Uterus liegt in normaler Anteflexionsstellung, die Portio bildet mit dem Corpus nicht mehr einen spitzen, sondern einen

Fig. 12.

stumpfen Winkel und verläuft nicht mehr in der Achse der Vagina. Ovarien normal gross, an normaler Stelle. Kein Fluor mehr.

In der Zwischenzeit hat sich die Patientin noch verschiedentlich vorgestellt, ein Recidiv ist nicht eingetreten. Seit ihrer Behandlung hat sie auch nicht ein Mal wieder Kreuz- oder Rückenschmerzen verspürt.

Nr. X. Frau L. Gr. aus N., 28 Jahre alt.

Beschwerden: Heftige Kreuzschmerzen, welche nach dem Rücken und den Beinen zu ausstrahlen. Stechende und bohrende Schmerzen in der rechten Seite, welche besonders beim Bücken heftig auftreten. Patientin fühlt sich durch diese Beschwerden sehr angegriffen und hat keinen Appetit und wenig Schlaf; jede Anstrengung fällt ihr sehr schwer, besonders aber das Treppensteigen.

Anamnese: Als Kind vielfach krank, scrofulös. Menstruirt mit 16 Jahren, 4wöchentlich, 3—4tägig, mässig reichlich, ohne Schmerzen. Vor 6 Jahren eine Geburt, welche ziemlich langsam vor sich ging. Sehr lange dauerte die Nachgeburtsperiode, die Placenta musste schliesslich manuell entfernt werden, weil eine sehr starke Blutung eintrat. Im Kindbett angeblich 4 Wochen lang heftiges Fieber. Seither ist Patientin nie wieder schwanger gewesen, doch gibt sie an, dass vor 2 Jahren die Regel 4—5 Monate »stehen blieb«, worauf ein starker Blutsturz erfolgte, nach welchem während der nächsten 9 Monate sich oft unregelmässige, mitunter profuse Blutungen einstellten. Ob bei dem »Blutsturz« Theile einer Frucht abgegangen sind, weiss die Kranke nicht anzugeben. Im 10. Monat nach dem Blutsturz verloren die Blutungen ihren unregelmässigen Charakter und die Menstruation trat seither stets pünktlich wieder ein, immer von geringem Fluor albus gefolgt.

Status praesens: Introitus vaginae ebenso wie Vagina weit, letztere lang. Portio quergespalten, fast vollkommen unbeweglich, wenigstens noch bei den Seiten hin, vor- und rückwärts etwas mobiler. Uterus steil gestellt, seine Längsachse verläuft nicht in der Mittellinie, sondern als Corpus uteri, ist ungefähr in der Gegend des Orificium internum stark nach links abgebogen und wird in dieser Lage festgehalten. Fundus ungefähr drei Querfinger breit links unter dem Promontorium. Linkes Parametrium verdickt und derb, Ovarium kaum durchzutasten, scheint aber etwas kleiner, als normal. Rechtes Parametrium auch etwas verdickt, doch bei weitem nicht so derb,

wie das linke. Rechtes Ovarium mässig vergrössert, aber stark empfindlich. Beide Douglasischen Falten verkürzt, derb, breiter als gewöhnlich und schmerzhaft. Sonde 4, kaum gebogen, passirt leicht den inneren Muttermund und dringt 7 cm ein.

Diagnose: Parametritis posterior. Mässige Oophoritis dextra, Sinistroversion des steilgestellten Uterus.

Therapie: Massage.

Beginn der Behandlung am 15. September 1887.

20. September: Seit gestern Nachlass der Beschwerden in

Fig. 13.

geringem Masse. Patientin fühlt sich leichter im Becken, es wird nicht mehr jeder Tritt im Leib gespürt, die Schmerzen in der rechten Seite treten nicht mehr so heftig auf.

Regel ist eingetreten. Massage ausgesetzt.

25. September: Regel seit gestern Abend zu Ende, deshalb heute Wiederaufnahme der Massagebehandlung.

1. October: Seit gestern hat die Patientin keinerlei Beschwerden mehr und fühlt sich sehr wohl. Das Treppensteigen geht jetzt leicht von Statten, ebenso das Bücken, da keinerlei Schmerzen in der rechten Seite mehr auftreten. Uterus steht in der Medianlinie, allerdings noch steilgestellt, die Portio ist sehr beweglich geworden.

5. October: Entlassungsbefund: Die nach allen Seiten hin frei bewegliche Portio steht in der Spinallinie, sie bildet nicht mehr mit dem Corpus einen nach links offenen Winkel, sondern beide liegen vollkommen in der Medianlinie. Beide Parametrien sind noch etwas derber, wie normal, ebenso die jetzt normal langen Douglasischen Falten, welche aber ihre Druckempfindlichkeit vollkommen eingebüsst haben. Beide

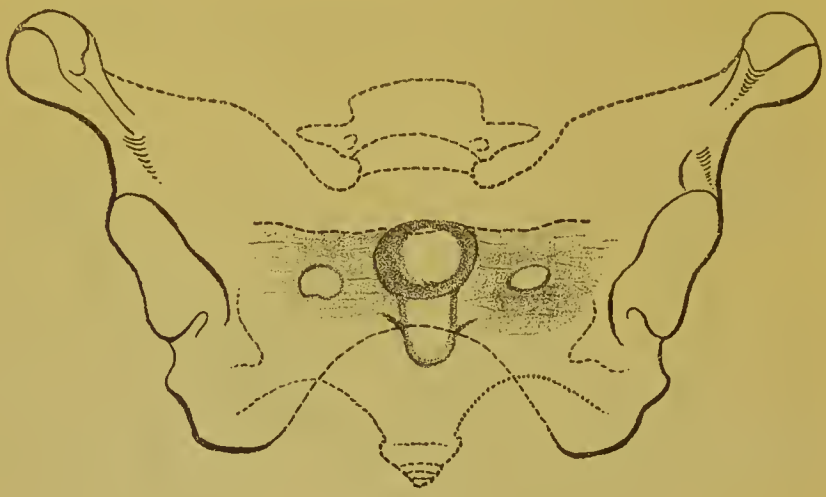


Fig. 14.

Ovarien deutlich fühlbar, das rechte von gewöhnlicher Grösse, das linke etwas kleiner als normal.

Die Beschwerden sind vollkommen geschwunden, Patientin fühlt sich durchaus wohl.

Sind auch inzwischen erst vier Wochen verstrichen, dass die Patientin aus der Behandlung entlassen wurde, so kann man doch mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen, dass in der Folgezeit kein Recidiv eintreten wird, da der Befund nach der angegebenen Zeit ein vollkommen übereinstimmender mit dem am Tage der Entlassung geblieben ist.

Nr. XI. Frau H. Sch. aus N., 50 Jahre alt.

Beschwerden: Vorfall der Gebärmutter, welcher beim Gehen sehr stark hindert. Patientin macht ihre Wege in die

Stadt nur am Abend, damit ihr breitbeiniger Gang nicht so auffällt; sie kann nur ganz kurze Strecken, ohne sich niedersetzen zu müssen, zurücklegen; bei jedem Ausruhen reponirt sie, so gut es geht den Vorfall, derselbe wird sehr leicht wund und blutet alsdann stark. — Angeblich besteht das Uebel seit 26 Jahren.

Anamnese: Patientin ist als Kind stets gesund und kräftig gewesen; menstruirt mit 16 Jahren, 4wöchentlich, 3—4tägig, mässig reichlich, ohne Schmerzen. Verheirathet mit 19 Jahren hat sie in ziemlich regelmässigen Intervallen 11 Kinder geboren. Die Geburten gingen sämmtlich leicht vor sich, niemals stellte sich Fieber im Wochenbett ein. Nach der zweiten Entbindung soll sich bald ein Vorfall der vorderen Vaginalwand eingestellt haben, welcher, da auch nicht die geringste Therapie dagegen eingeleitet wurde, sich stetig vergrösserte und in kurzer Zeit einen ca. mannsfaustgrossen Vorfall der Gebärmutter nach sich zog. Trotz alledem wurde bis jetzt ärztliche Hilfe nicht in Anspruch genommen.

Status praesens: Labia majora fettarm, Vulva klafft weit, aus ihr heraus drängt sich die vordere nnd hintere Vaginalwand. Der Damm ist schmal, die Columna rugarum posterior stark zipfelförmig, in ihrem unteren Drittel allseitig umsäumt von einer feinen Narbe, Vaginalschleimhaut epidermisartig verändert. Ca. 1 ½ cm über dem Introitus vaginae steht die stark lacerirte, vergrösserte, weiche, succulente Portio, welche sich beim geringsten Pressen tief nach unten drängt. Der Uterus liegt retrovertirt, ist verdickt und gering empfindlich, Sonde 4 bequem 8 ½ cm. Geringe Vesicocele, keine Rectocele. Durch das hintere Scheidengewölbe ziehen sich drei grosse Narbenstränge, von denen der mittlere nach dem Promontorium, die beiden anderen sich nach der Articulatio sacroiliaca beiderseits erstrecken. Der mittlere Strang ist stärker als der rechte und dieser wieder stärker als der linke; alle drei sind hochgradig empfindlich. Das linke Ovarium ist am Rande der Linea innominata etwas vor der Articulatio sacroiliaca festgelöthet, aber kaum vergrössert und nur wenig empfindlich. Das rechte

Ovarium liegt zwar zurückgesunken, ist aber beweglich, nicht vergrössert und unempfindlich.

Therapie: Lüftungen, Massage.

Anfang der Behandlung am 30. Januar 1887.

4. Februar: Uterus retroflectirt, Portio steht nicht mehr so tief, als früher. Das linke Ovarium ist beweglich geworden und liegt zwei Querfinger breit neben der linken Kante des Uterus. Die Schmerzhaftigkeit der Narbenstränge im hinteren Scheidengewölbe lässt nach.

6. Februar: Gestern hat Patientin, entgegen dem Verbot in der Wirthschaft angestrengt gearbeitet, infolge dessen recidivirte der Prolaps stärker, als er vorher gewesen und die Portio steht weit aus der Rima pudendi hervor.

11. Februar: Seit gestern hat die Patientin nichts mehr von dem Prolaps bemerken können.

18. Februar: Portio steht nur ganz wenig unter der Spinallinie und tritt auch bei starker Anwendung der Bauchpresse nur unbedeutend tiefer. Uterus anteflectirt, ist bedeutend kleiner geworden. Die vordere Vaginalwand erscheint ungefähr in der Grösse eines Zwanzigpfennigstückes in der Vulva. Die durch das hintere Scheidegewölbe ziehenden Narbenstränge sind bedeutend dünner geworden und nicht mehr empfindlich. Patientin fühlt sich äusserst wohl und arbeitet den ganzen Tag in ihrer grossen Wirthschaft.

23. Februar: Patientin, welche vorgestern mit einem Tragekorb auf dem Rücken eine sechsstündige Harztour zu Fuss zurückgelegt hat, kommt mit dem Anzeichen eines beginnenden abermaligen Recidivs zur Sprechstunde und verlangt, da sie keine Zeit zur Weiterbehandlung habe, entlassen zu werden.

Damit die Patientin nicht das durch Lüftungen und Massage erreichte Resultat durch fernere Unvorsichtigkeiten zerstört, bekommt sie einen Mayer'schen Ring.

In der Zwischenzeit hat die Patientin nur sehr wenig von sich hören lassen, den Ring trägt sie ohne Beschwerden.

Nr. XII. Frau J. B. aus D., 48 Jahre alt.

Beschwerden: Bei jedem Hustenstoss, bei jeder stärkeren Arbeit, oft sogar schon bei einer heftigen Bewegung tritt ein ungefähr mannesfaustgrosser Vorfall aus der Schamspalte, welcher das Gehen fast unmöglich macht, leicht blutet und wund wird. Ausserdem bestehen fortwährend Rücken- und Kreuzschmerzen, die nach dem Oberschenkel zu ausstrahlen. Menstruation ist unregelmässig, zwei bis dreiwöchentlich, jedoch stets sehr reichlich, meist eine volle Woche anhaltend und mit heftigen Beschwerden verbunden.

Anamnese: Als Kind angeblich stets gesund gewesen, bis auf Masern und Scharlach. Menstruirt mit 20 Jahren, vierwöchentlich, 5—7 tägig, meist reichlich, ohne Schmerzen. Verheirathet mit dem 26. Jahre hat sie 5 mal geboren und 1 mal abortirt im 2. Monat. Die 5 Geburten, welche im 27., 29., 31., 34. und 37. Jahre stattfanden, waren leicht, trotzdem die Kinder sich durch Grösse und Gewicht auszeichneten. Drei Jahre nach dem letzten Kind ein Abort, dessen Ursache nicht festgestellt werden konnte. Seit 9 Jahren besteht angeblich der Vorfall, vor 2 Jahren wurde ärztlicherseits der Versuch gemacht, denselben durch einen Mayer'schen Ring zurückzuhalten, doch stellten sich so heftige Beschwerden darauf ein, dass der Ring bald wieder entfernt werden musste.

Status praesens: Vulva klafft stark, aus derselben hervor drängt sich ein weit über mannesfaustgrosser Tumor, welcher die Vaginalwände soweit hervorstülpt, dass eine nur 1 cm tiefe Umschlagsfalte am Introitus vaginae bleibt. Es besteht ein starker Dammdefect, die Breite des Dammes beträgt nur 1 ½ cm. Auf beiden Seiten der Columna rugarum posterior finden sich weissliche, feine Narbenzüge, welche 5 cm nach oben hinaufziehen. Die Schleimhaut der Vagina ist epidermisartig verändert; es besteht eine grosse Rectocele ungefähr in dem Umfang eines halben Hühnereis und eine Vesicocele, deren Ausdehnung von der Mündung der Urethra aus nach rechts und unten 7 cm, nach links und unten 8 cm beträgt. Das Orificium externum uteri, welches ungefähr zwei Querfinger breit vor

und über dem tiefsten Punkt des Prolapses liegt, ist nur gering lacerirt und trägt an seiner hinteren Lippe einen ca. 2 cm breiten und 1 ½ cm langen weichen Polypen, welcher leicht blutet. Der Uterus liegt retrovertirt und zeigt in allen Dimensionen bedeutend vergrösserte Verhältnisse; seine Wandungen sind viel dicker als normal, so dass die Sonde 6, welche 14 cm weit in das Uteruscavum eindringt, nur schwer durchgefühlt werden kann. Beide Parametrien weisen nichts Anormales auf, die Ovarien liegen zurückgesunken, sind aber beweglich, nicht empfindlich und von normaler Grösse. Die Douglasischen Falten sind stark gedehnt, aber nicht schmerzhaft.

Therapie: Lüftungen, Massage.

Beginn der Behandlung am 20. Juli 1887, nachdem am Tage vorher das kleine Polyp entfernt worden war.

26. Juli: Nach dreimaligen Lüftungen ist der Uterus nicht wieder vorgetreten. Er liegt zwar noch retrovertirt, ist aber kleiner geworden. In der Rima pudendi erscheint unverändert die Rectocele und die Vesicocele.

1. August: Der Prolaps ist nicht wieder eingetreten. Die Vesicocele ist verschwunden, Patientin hat gar keine Beschwerden mehr beim Urinlassen, fühlt sich auch sonst sehr wohl.

8. August: Seit dem 3. besteht Menstruation, von der jetzt nur noch die letzten Spuren vorhanden sind. Die Blutung ist ebenso reichlich, wie sie es in den letzten Jahren stets war, und vollkommen schmerzlos.

10. August: Seit gestern ist die Blutung zu Ende; nur ein kleines Stück der Rectocele steht im Introitus vaginae, von der vorderen Vaginalwand ist nichts prolabirt. Portio steht 3 cm über dem Scheideneingang. Uterus liegt retrovertirt, ist aber kleiner geworden.

16. August: Portio steht jetzt dauernd 7—8 cm über dem Scheideneingang, der Uterus liegt anteflectirt und ist verkleinert (Cavum 9 cm). Nur ein Stück der Rectocele fällt immer wieder vor, der Vorschlag einer Perineoplastik wird zurückgewiesen; Patientin, die sich ausserordentlich wohl fühlt, will nach Hause zurückkehren.

19. August: Da Patientin sich auf keinen Fall einer Operation unterziehen will, wird sie, nachdem ein kleines Schultze'sches Schlittenpessar, welches nur den Zweck haben soll, die Rectocele nicht vortreten zu lassen, eingelegt ist, in die Heimat entlassen.

In der Zwischenzeit hat die Patientin sich zweimal wieder vorgestellt. Sie ist mit dem Pessar sehr zufrieden; während der anstrengenden Thätigkeit in der Ernte hat sie ebenso mitarbeiten können, wie in der Zeit, wo sich der Vorfall noch nicht eingestellt hatte. Die Untersuchung ergab, dass der immer noch etwas vergrösserte Uterus gut anteflectirt lag. Vulva schliesst, von Rectocele nichts in dem Scheideneingang sichtbar.

Durch die mitgetheilte Casuistik glaube ich gezeigt zu haben, dass die Brandt'sche Beckenmassage eine in ihren Resultaten nicht zu unterschätzende Heilmethode ist. Nachdem sie an den Patientinnen der Jenenser Klinik, unter den streng kritischen, durch nichts zu täuschenden Augen eines B. S. Schultze ihre guten Erfolge zeitigte, habe ich sie in die Praxis übertragen und seit Mitte Januar bis jetzt in ungefähr 60 Fällen angewandt. Da nun diese kleine Arbeit, weil aus der praktischen Thätigkeit, die sich hauptsächlich mit den allergewöhnlichsten und einfachsten Fällen zu beschäftigen hat, hervorgegangen, sich auch nur an das hält, was dem Arzt tagtäglich in die Hände kommt, so ist es wohl überflüssig, zu bemerken, dass dieselbe ausschliesslich für den Praktiker bestimmt ist.

Aus diesem Grunde möchte ich hier noch einige Beobachtungen und Erfahrungen besprechen, welche sich mir im Laufe meiner Thätigkeit aufgedrängt haben.

Stellt sich dem Arzt ein frischer Fall in der Sprechstunde vor, so tritt an ihn sofort die Frage heran: Ist hier Massage

anzuwenden oder nicht? Eine genaue Untersuchung soll darüber entscheiden. Doch wie steht es mit der Genauigkeit einer ersten Untersuchung, mit der Präcision der ersten Diagnose? Während die Patientinnen, wenn sie die Ambulanz einer Klinik aufsuchen, genau vorher wissen, dass eine Untersuchung mit ihnen vorgenommen wird, hat der Praktiker sie erst von der Nothwendigkeit einer solchen zu überzeugen, ja oft zu überreden. Ist man glücklich über dieses Hinderniss hinweg, so zeigen sich gleich wieder neue Schwierigkeiten; die Bauchdecken der zu untersuchenden Kranken werden bretthart gespannt gehalten, bei jedem Versuch dieselben einzudrücken, klagt die Patientin über Schmerzen u. s. w. Kurz, wenn die erste Untersuchung glücklich beendet ist und im Journal der Befund eingezeichnet werden soll, staunt man, welche complicirten Verhältnisse vorhanden sind. Am nächsten Tage stellt sich die Kranke wieder ein und plötzlich finden sich ganz andere, viel einfachere Affectionen, als man zuerst vor sich zu haben glaubte. Dies wird jedem Praktiker wohl schon oft passirt sein, denn in Narkose einen Anfangsbefund erheben, ist bei den Patientinnen der Sprechstunde in den meisten Fällen unmöglich. Man thut deshalb am besten, wenn man den Befund der ersten Tage jedesmal aufzeichnet, die Zeichnungen mit einander vergleicht und die gefundenen Differenzen einer abermaligen genauen Palpation unterzieht, dann sind diagnostische Irrthümer mit ziemlicher Sicherheit auszuschliessen, auch ohne dass man die Narkose zu Hülfe zu nehmen braucht.

Die in meiner Casuistik gebrachten Beckenbefunde sind sämmtlich auf diese Art und Weise erhoben, und wenn sie auch, weil uncomplicirt, leicht herauszupalpiren waren, so habe ich mich doch nie auf die Anfangsdiagnose vollkommen verlassen. Was die benützten Schemata anbetrifft, so sind es die vom Geheimen Hofrath Professor B. S. Schultze in Jena angegebenen, welche jetzt fast überall benützt werden.

Bei der Ausübung der Massage selbst bin ich in der ersten Zeit öfters durch die Füllung der Flexura sigmoidea, des Rectums und der Dünndarmschlingen, welche im grossen Becken

liegen, stark behindert worden'; ich pflege deshalb die letzteren beim Beginn jeder Sitzung in die Höhe zu streichen, die Füllung der ersteren aber dadurch zu umgehen, dass ich die Patientinnen fast ausnahmslos Morgens, zwei Stunden nachdem sie gefrühstückt haben, massire, weil ich beobachtet habe, dass bei weitem die Mehrzahl der Frauen für eine morgendliche Defäcation sorgt. Ganz entschieden aber möchte ich anrathen, niemals eine Massagesitzung vorzunehmen, wenn die Kranke unmittelbar oder auch nur kurze Zeit vorher eine grössere Mahlzeit eingenommen hat, es können dann leicht die unangenehmsten Zufälle sich einstellen.

Hat man, nachdem durch sorgfältige Erhebung eines präcisen Palpationsbefundes die Diagnose gesichert ist, sich zur Massagebehandlung eines Falles entschlossen, so beginnt man zweckmässig, falls es sich um einfache, uncomplicirte Affectionen, z. B. Metritis, Parametritis posterior, Oophoritis etc., welche das Pelviperitoneum nicht in Mitleidenschaft gezogen haben, handelt, die Sitzung mit einem leichten Tapotement der Wirbelsäule, hauptsächlich aber des Kreuzbeins. Hierdurch wird eine stärkere Blutzufuhr nach den Organen des Beckens (Analogie des physiologischen »Klopfversuchs«) bewirkt, welche auch eine lebhaftere Lymphcirculation zur Folge hat. Die Patientinnen beschreiben das Gefühl, welches sie bei diesem Tapotement haben: es sei ihnen, als ergösse sich ein warmer Strom vom Nacken ausgehend und die Wirbelsäule entlang fliessend ins Becken. Selbstverständlich darf das Tapotement nicht zu stark und anhaltend gegeben werden, da sich sonst Blutungen aus den Genitalien einstellen können.

Nach dieser Einleitung wird die Kranke in der schon oben beschriebenen Art und Weise auf ein hartgepolstertes Bett gelagert, und die combinirte Massage nimmt ihren Anfang. Hierbei ist zu beachten, dass man stets auf der äussersten Grenze des afficirten Organs, z. B. eines Ovariums beginnt, nachdem man vorher die Umgebung desselben durch die sogenannte »Einleitungsmassage« behandelt hat. Letztere entlastet die das entzündete Organ begrenzenden Partien so viel

wie möglich, wenn man stets nach den abführenden Gefässsträngen zu massirt; die Massage des kranken Organs selbst wird wieder dieses von einem Theil seiner Ueberfülle entlasten und die Hyperämie und seröse Durchfeuchtung durch Vertheilung derselben auf eine grössere Fläche vermindern. Die Schlussmassage endlich, welche sich auf sämmtliche Beckenorgane erstreckt, lässt den angeregten Lymphstrom sich noch stark weiter bewegen, bis endlich der Gegenreiz, welcher die durch das Tapotement erweiterten Blutgefässe zur Verengerung bringt, verhindert, dass in den durch die Massage entlasteten Organen sich wieder dieselbe Hyperämie einstellt, wie vorher.

Ich möchte an einem Beispiel dies noch mit einigen Worten ausführen. Nehmen wir an, es handelte sich um eine einfache Metritis.

Nach dem Tapotement der Wirbelsäule werden wir die Einleitungsmassage sich, von der Articulatio sacroiliaca beginnend, auf die Douglasischen Falten und von der Linea innominata anfangend, auf die Parametrien erstrecken lassen. Dann kommt der schwere, dicke, empfindliche Uterus selbst an die Reihe, die Massage à friction beginnt am Fundus und gleitet über das Corpus hinab bis zu der Stelle, wo beiderseits die grossen Gefässbündel an dasselbe herantreten, entsprechend ungefähr der Gegend des inneren Muttermundes. Nachdem auch beide Seitenkanten des Uterus durchmassirt sind, hebt die äussere Hand den Fundus in die Höhe, um auch die vordere Uterusfläche zugänglich zu machen, die beiden in der Vagina befindlichen Finger der inneren Hand fixiren die Portio, nachdem der Fundus in die Höhe gehoben ist, damit der Uterus in dieser aufrechten Lage bleibt und massirt werden kann — sie dürfen aber nicht von der Scheide aus die vordere Uterusfläche in Angriff nehmen, weil sonst eine sexuelle Irritation unvermeidlich wäre. Sehr oft vermag man bei Metritis den umfangreichen Uterus mit der ganzen Hand zu umfassen und unter ganz allmählich stärker werdendem Druck, ihn auszudrücken wie einen Schwamm; eine solche Compression, bei welcher man in geeigneten Fällen als Substrat auch die Symphyse

wählen kann, lässt man 2—3 Minuten wirken. — Der Theil des Uterus, welcher zwischen äusserem und innerem Muttermund liegt, wird ebenfalls nur durch die äussere Hand massirt und zwar vom Orificium externum anfangend. Wie schon erwähnt, folgt der Massage des erkrankten Organs noch eine Schlussmassage, welche an sämmtlichen andern Organen ausgeführt wird.

Ganz anders wie bei dem angeführten Beispiel wirkt die Massage, wenn Adhäsionen, Lageveränderungen u. a. vorhanden sind. Ein Jeder weiss, dass man einen, durch perimetritische Verwachsungen fixirten Uterus nicht durch plötzliches Zerreissen der Bänder redressiren kann, wenn dieselben nur einigermassen kompact und derb sind, es könnten ja dabei Verletzungen des Peritoneums oder etwa vorhandener Blutgefässe entstehen, die den exitus nach sich zögen. Andererseits werden aber oftmals kleinere Verwachsungen schon durch eine einigermassen brüske Untersuchung getrennt — wo die Grenze liegt zwischen solchen Adhäsionen, die man theils in, theils ohne Narkose lösen kann, und denen, welche man unberührt lassen soll, ist schwer zu sagen; jedenfalls kann und wird man, nachdem durch länger fortgesetzte Dehnungen und Zerrungen solcher Bänder und Verklebungen dieselben gestreckt und langgezogen sind, eher einen starken entscheidenden Zugdruck wirken lassen, als gleich von vorn herein Gewalt anwenden.

Was die Lageveränderungen des Uterus betrifft, welche nicht durch Verwachsungen oder Verklebungen mit den angrenzenden Organen, sondern durch Erschlaffung der natürlichen Befestigungsmittel des Uterus bedingt sind, also z. B. die Retroflexion in der Mehrzahl der Fälle, der Descensus und Prolaps, so wendet Brandt, wie schon oben erwähnt, eine ganz eigenthümliche Therapie gegen dieselbe an, die sogenannten Lüftungen. Da sie zu der gynäkologischen Massage nicht gehören, so wären sie von mir auch nie erwähnt worden, hätte ich nicht eine irrige Ansicht über dieselben berichtigen wollen.

Sind nun durch all die Manipulationen der Massage, wie

ich sie zum Theil oben erwähnte, gleich im Anfang der Behandlung eines Falles kleine Erfolge errungen, so thut man wohl, sich dieselben zu sichern. So z. B.: haben wir es mit einem retroflectirten Uterus zu thun, welcher ein an der Articulatio sacroiliaca fixirtes Ovarium verhinderte, seine normale Lage einzunehmen, so müssen wir sofort, nachdem nach Loslösung des Ovariums das Redressement des Uterus gelungen ist, denselben durch ein Pessar in seiner neuen, normalen Lage fixiren, damit nicht die Retroflexio sofort wieder entsteht und das Ovarium, was wir erst mühsam losmachten, auf seinen alten Platz zurücksinkt und dort, falls zufällig die Patientin in den nächsten Tagen am Besuch der Sprechstunden gehindert ist, wieder von neuem verklebt. Ganz ähnlich verhält es sich auch bei dem retroflectirten Uterus, welcher tief in der Kreuzbeinhöhlung lag, durch vielfache Circulationsstörungen anschwoll und sich schwer redressiren liess. Wird derselbe, nachdem er einmal in seine normale Lage gebracht war, nicht dort festgehalten, so kämpfen wir täglich denselben Kampf; fixiren wir denselben aber durch ein Schultze'sches Achterpessar, so unterstützen die verbesserten Circulationsverhältnisse die Massage insofern, als sie ein Abschwellen des Organs bewirken. Ich habe stets diese Regel befolgt und bin zu guten Resultaten gelangt, nur bei Descensus und Prolapsen habe ich sie ausser Acht gelassen, denn ich fürchtete die schon so wie so schlaffe Scheidenwand noch mehr zu dehnen, ausserdem blieb nach wenigen Lüftungen der Uterus bei allen Fällen in annähernd normaler Lage und verkleinerte sich von Tag zu Tag.

Prochownik sprach auf der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte die Behauptung aus, dass die Massagebehandlung nur mit einem bedeutenden Aufwand von Zeit durchzuführen sei — er hat unbestritten insofern Recht, als sich der behandelnde Arzt länger mit jeder einzelnen Patientin zu beschäftigen hat, als er es sonst vielleicht zu thun nöthig gehabt hätte. Auf der anderen Seite aber versichert Brandt in seiner schon oben citirten Broschüre, dass er 70 und mehr Kranke pro Tag behandelt habe — allerdings zum Schaden

seiner Gesundheit. Aus dieser enorm hohen Zahl geht hervor, dass es einerseits gar nicht so schwierig ist, eine grosse Reihe von Massagesitzungen hintereinander auszuführen, andererseits liegt aber darin eine Warnung, niemals zu viel Körperkräfte bei jeder einzelnen Sitzung zu verausgaben.

Wie ich schon oben erwähnte, kann man kaum die Dauer der einzelnen Sitzung über acht Minuten ausdehnen; die körperliche Anstrengung ist dabei nicht im Entferntesten zu vergleichen mit dem Aufwand von Kraft, wie es z. B. bei der chirurgischen Massage nöthig ist. Hat man nun gar noch eine Wärterin, welche den Patientinnen bei der Toilette behülflich ist, eventuell sogar das Tapotement der Wirbelsäule besorgt oder einzelne Bewegungen der schwedischen Heilgymnastik gibt, so steht nichts im Wege, dass der ausübende Arzt innerhalb einer Vormittagssprechstundenzeit von zwei Stunden 15 Patientinnen massirt.

Bei den berichteten Erfolgen der Massage in einer grossen Anzahl von Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus, dürfte es wohl kaum absurd erscheinen, wenn man diese Behandlungsmethode auch bei Tumoren therapeutisch zu verwerthen suchte. Dass jedoch, zumal bei soliden Geschwülsten, ganz abgesehen natürlicherweise von den bösartigen, ein Erfolg nicht möglich war, liess sich nach den bis jetzt bestehenden Ansichten über die Wirkungsweise der Massage erwarten. Trotzdem möchte ich eine Beobachtung nicht übergehen, welche ich einer mündlichen Mittheilung Brandt's eingedenk, mit einem Ovarialtumor machte. Ich will sie hier in extenso mittheilen, vielleicht dass doch in ähnlichen Fällen Gebrauch davon gemacht wird.

Ende Januar vorigen Jahres kam in meine Sprechstunde eine 52jährige Frau, welche über ein stetiges Stärkerwerden des Leibes und Vorfall der Gebärmutter klagte. Bei der Untersuchung ergab sich ein, in der rechten Seite der Patientin liegender, kindskopfgrosser, linksseitiger Ovarialtumor nebst starkem Descensus des Uterus, verursacht durch den darüber liegenden Tumor. Natürlich wurde der Patientin Operation

vorgeschlagen, aber nicht acceptirt. Es blieb nun nichts übrig, als der Versuch einer Massagebehandlung des Tumors. Die Masse ergaben damals: Symphyse-Nabel 15 cm, Symphyse-Processus xiphoideus 36 cm, grösste Circumferenz 86 cm. Abdomen mässig aufgetrieben, Dämpfung fast auf seiner ganzen Vorderfläche, Tumor in Nabelhöhe, beweglich. Dass die Massagebehandlung eines Ovarialtumors überhaupt unternommen wurde, war die Folge der Beobachtung der Patientin, dass ihr Leib nach meiner ziemlich lange dauernden Untersuchung etwas kleiner geworden sei, ausserdem habe sie am Tage nach der Untersuchung auffallend viel Urin entleert. Da die Patientin nach der gründlichen Palpation ihres Abdomens ausser den angegebenen, keinerlei weitere Symptome verspürt hatte, kam ich bald von der in mir zuerst auftauchenden Vermuthung, dass ich eine der Cysten des Tumors gesprengt hätte, zurück und fing nun an, den Tumor methodisch zu massiren. Acht Tage später waren alle Masse des Abdomens der Patientin kleiner geworden, Symphyse-Nabel 14 cm, Symphyse-Processus xiphoideus 33 und Umfang 84 cm. Nachdem noch ca. drei Wochen vergangen waren, konnte eine starke Abnahme constatirt werden; es betrugen: Symphyse-Nabel 13 cm, Symphyse: Processus xiphoideus 30 cm, Circumferenz 80 cm. Die Kranke fühlte sich so wohl, dass sie sich nicht wieder bei mir sehen liess.

Als sie endlich doch wieder bei mir erschien, waren fünf Monate verstrichen und sie gab an, erst in den letzten fünf Wochen sei der Leib wieder stärker geworden, seit zwei Tagen hätten sich starke Schmerzen in der linken Seite eingestellt. Der Fall kam hierauf zur Operation, dieselbe ergab eine mehrmalige Stieltorsion des hämorrhagischen Inhalt führenden Ovarialtumors.

Eine ähnliche Beobachtung fand ich später bei Winiwarter*); sie ist in kurzen Zügen folgende:

*) Verwerthung der Massage bei chronischen Erkrankungen innerer Organe. Wiener med. Blätter, 1878.

Bei einer Frau hatte sich im Alter von 79 Jahren eine linksseitige Ovarialcyste ziemlich rasch entwickelt und belästigte die Kranke durch Behinderung der Respiration, Darmfunctionen und Harnentleerung sehr. Da die Radicaloperation verweigert wurde, punctirte man die Cyste im Verlauf der nächsten acht Monate fünf Mal. Kurz vor der letzten Punction begann Winiwarter die stark ödematösen unteren Extremitäten zu massiren und mit grossem Erfolg. Hierdurch angespornt, beschloss Winiwarter das ganze Abdomen zu massiren. Dies geschah denn auch und der Erfolg war der, dass, während sonst jede sechste Woche eine Punction nöthig war, in den nächsten 9 ½ Monaten die Geschwulst nicht nur nicht wuchs, sondern sogar sich erheblich verkleinerte. Dabei hob sich, gerade wie bei dem von mir beobachteten Falle die Urinsecretion bedeutend (sie stieg auf das 6—7fache der vorher entleerten Menge) und das Allgemeinbefinden der Patientin besserte sich täglich. Doch kaum hatte Winiwarter die tägliche Massage der Patientin den Händen einer Wärterin anvertraut, als auch schon die alten Beschwerden wieder eintraten, so dass er nun selbst die Massage aufnehmen musste. Sofort verkleinerte sich die Cyste wieder auf den früheren Umfang.

Ich registrire hier diese beiden Fälle, ohne ein Wort weiter hinzuzufügen — ich muss aber offen gestehen, dass ich mir die Art und Weise, wie die Massage hier wirkte, nicht erklären kann. Dass es aber nur die Massage war, welche in beiden Fällen Besserung erzielte, geht aus den Krankengeschichten wohl zur Genüge hervor.

Es bleibt mir noch übrig, wenige Worte zu der oben gegebenen Casuistik hinzuzufügen. Vorher aber möchte ich noch eines Umstandes gedenken, welcher geeignet ist, der ausserhalb einer Klinik geübten Massage grossen Schaden zuzufügen und neue Zweifel gegen sie zu erwecken. Es ist dies der Umstand, dass die grosse Mehrzahl der Patientinnen sich sofort, nachdem die subjectiven Beschwerden geschwunden sind, für geheilt erklären und sich der Weiterbehandlung entziehen. Auf

diese Weise kommt man oft zu halben Heilerfolgen, welche bald genug, nachdem die Kranken, aus der Aufsicht des Arztes entlaufen, sich erneuter Schädlichkeiten aussetzen, wieder ins Gegentheil sich verwandeln — kurz, die alten Beschwerden stellen sich wieder ein. Kommt eine solche Patientin nachher wieder zum Arzt und hört von diesem, dass sie einer Massagekur unterworfen werden solle, so weigert sie sich ganz entschieden, denn »das vorige Mal hätte ihr eine solche Kur ja auch nur wenig genützt, sonst wären die Schmerzen, der Ausfluss etc. ja nicht so schnell wieder gekommen«. Selbstverständlich wird eine solche Patientin es sich nie eingestehen, dass sie selbst Ursache des unvollkommenen Erfolges war, noch viel weniger dies aber dem Arzte gegenüber zugeben.

Noch viel unangenehmer ist es aber für den Anfänger im Massiren, wenn er sich selbst durch das Schwinden aller Symptome dazu bewegen liess, die Kranke aus seiner Behandlung »geheilt« zu entlassen, dann kann es natürlich nicht ausbleiben, dass ihn sowohl, wie seine Behandlungsmethode schwere Vorwürfe treffen und auf diese Weise die Massage in Misskredit geräth.

Was die 12 Fälle meiner Casuistik betrifft, so zerfallen dieselben in drei verschiedene Gruppen, wie ja leicht ersichtlich ist. 1—4, 5—8 sind, was die Symptome betrifft, einander sehr ähnlich. Die letzten vier repräsentiren einige Lageanomalien des Uterus. Vielleicht scheint es nicht rationell, wenn ich den ersten zehn Fällen, welche als die günstigsten, was Resultat und Heilungsdauer betrifft, von mir ausgewählt sind, zwei Prolapsfälle anhänge, welche im klinischen Sinne factisch ungeheilt blieben, doch wollte ich durch diese beiden Krankengeschichten meine obige Behauptung beweisen, dass die Patientinnen, wenn sie halb geheilt sind, sich sehr oft der Weiterbehandlung entziehen. Ausserdem beabsichtige ich durch den letzten Fall zu zeigen, dass eine Prolapsbehandlung durch Lüftungen sicher ein gutes Resultat ergibt, wenn das Perineum intact ist, ebenso sicher aber auch einen nur halben Erfolg bewirkt, wenn ein grosser Dammdefect den Uterus stets wieder

nach unten sinken lässt, es muss dann entweder eine Perineoplastik oder ein Pessar die fehlende Stütze reconstruiren, um ein günstiges therapeutisches Resultat zu ergeben.

Profanter behauptet in seiner schon oben öfters citirten Arbeit*): »Die Behandlung der chronischen Metritis mit Massage setzt stets die vorangehende Beseitigung der Endometritis voraus, erst dann kann mit der Behandlung der chronischen Metritis begonnen werden.« Ich möchte dies nicht mit so apodiktischer Gewissheit aussprechen, sondern einfach auf die Fälle meiner Casuistik hinweisen. Jedesmal habe ich mich vor Anfang der Kur, durch einen Schultze'schen Probetampon von der Grösse des Uteruscatarrhs, der Endometritis überzeugt und bin, falls derselbe kein allzuungünstiges Resultat ergab, ruhig an die Massage gegangen, bei hochgradiger Endometritis habe ich allerdings immer die Soda-Sublimat-Ausspülungen**), wie sie in der Jenenser Frauenklinik üblich sind, nach vorhergehender Laminariadilatation des Uterus gemacht; sie haben ihre Vortrefflichkeit auch hier mir wieder bewiesen.

Gern hätte ich in meine Casuistik eine durch Lüftungen geheilte Retroflexio mitaufgenommen, aber die von mir hierbei erreichten Resultate müssen erst noch bessere sein, ehe sie sich dazu eignen, in weiteren Kreisen bekannt zu werden. Hoffentlich gelingt es mir, die grossen, technischen Schwierigkeiten, welche diese Fälle bieten, in Zukunft noch leichter zu überwinden, als bisher, dann werden sich sicher auch die Resultate bessern.

Wenn Prochownik, wie oben erwähnt, fordert, man solle, bevor eine Massagebehandlung eingeleitet wird, erst alle anderen Methoden durchprobiren, so beweist das zur Genüge, welch' geringes Vertrauen er in die Massage setzt. Naturgemäss werden die Resultate ganz andere sein, wenn man in der Ueberzeugung, gut und schnell helfen zu können, an die

---

*) Profanter, Die Massage etc., pag. 88.

**) Skutsch, Bericht über die Thätigkeit in der gynäkologischen Klinik zu Jena während des Jahres 1886, pag. 11.

Massagebehandlung einer Kranken herangeht, als wenn man, nachdem Arzt und Patientin sich gegenseitig wochenlang vergeblich gequält haben, sich als ultimum refugium dazu entschliesst.

Und dass die Massage mindestens gleiche Resultate zeitigt, wie alle anderen bisher bei gleichen Affectionen angewandten Methoden, das beweist, glaube ich, zur Genüge die kurze Behandlungsdauer aller von mir angeführten Fälle. Sind dies auch die besten von mir erreichten Resultate, so können sie doch wohl einen Rückschluss auf die hier nicht erwähnten Erfolge ermöglichen.

Erwägt man, dass, trotzdem nicht eine einzige der Patientinnen während der ganzen Behandlung auch nicht einmal 24 Stunden im Bett zuzubringen gezwungen war, doch so schnell Affectionen gehoben wurden, wie z. B. im Fall 3 und 2, welche nur 14 resp. 17 Tage mit Massage behandelt zu werden brauchten, nachdem sie vorher ebensoviele Monate allen anderen Behandlungsmethoden getrotzt hatten, so ist ein so günstiger Erfolg wie in Fall 1 gar nicht nöthig zu erwähnen, um die Brandt'sche Beckenmassage als eine erfolgreiche erscheinen zu lassen.

Ich verzichte darauf, alle die oben beschriebenen Fälle noch einmal durchzugehen und hervorzuheben, was hier günstig, da ungünstig war; ich hoffe, sie werden für sich selbst sprechen und viele Collegen, welche sich der Beckenmassage gegenüber bis jetzt sehr ablehnend und »skeptisch« verhielten, zur Nachahmung anspornen.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

ISO 9002
Dunn & Wilson Ltd